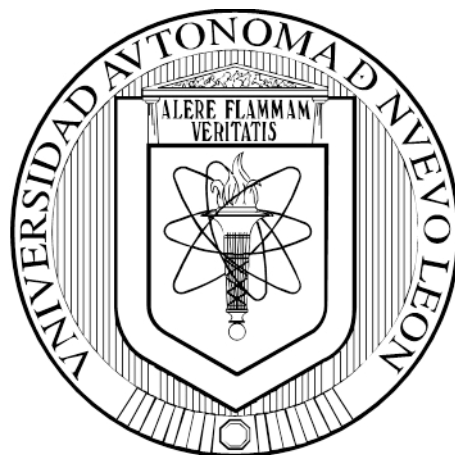


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA



ROL DE LOS PADRES PARA LA PREVENCIÓN DEL VIRUS
DEL PAPILOMA HUMANO EN ADOLESCENTES

POR

MCE. SANDRA PALOMA ESPARZA DÁVILA

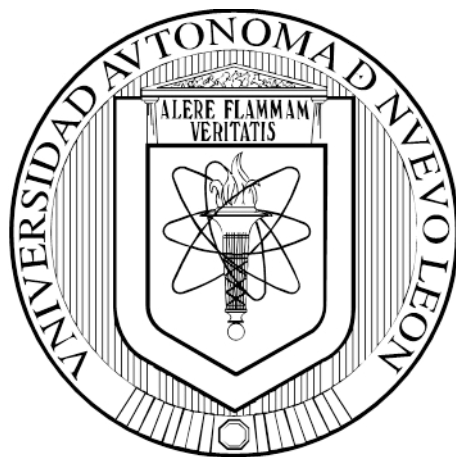
COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2017

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ROL DE LOS PADRES PARA LA PREVENCIÓN DEL VIRUS
DEL PAPILOMA HUMANO EN ADOLESCENTES

POR

MCE. SANDRA PALOMA ESPARZA DÁVILA

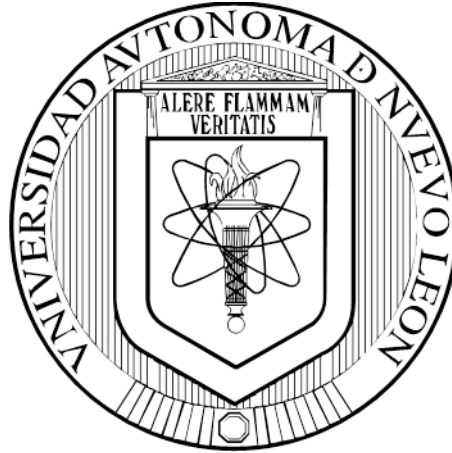
COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

DIRECTOR DE TESIS
MARÍA GUADALUPE MORENO MONSIVÁIS

AGOSTO, 2017

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ROL DE LOS PADRES PARA LA PREVENCIÓN DEL VIRUS
DEL PAPILOMA HUMANO EN ADOLESCENTES

POR

MCE. SANDRA PALOMA ESPARZA DÁVILA

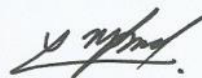
COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ASESOR ESTADÍSTICO
MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PHD

AGOSTO, 2017

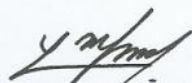
ROL DE LOS PADRES PARA LA PREVENCIÓN DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN ADOLESCENTES

Aprobación de Tesis



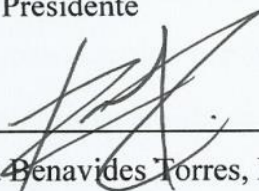
Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis

Director de Tesis



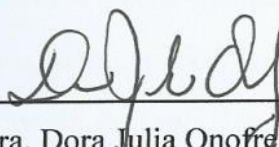
Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis

Presidente



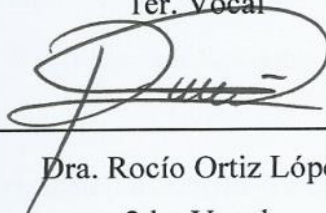
Raquel Alicia Benavides Torres, PhD.

Secretario



Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez

1er. Vocal



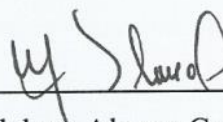
Dra. Rocío Ortiz López

2do. Vocal



Marco Vinicio Gómez Meza, PhD

3er. Vocal



Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León por brindarme la oportunidad de seguir mi formación como Doctora en Ciencias de Enfermería.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por otorgarme la beca de estudios y así poder seguir mi desempeño en el ámbito educativo del Doctorado en Ciencias de Enfermería.

A la directora de la Facultad de Enfermería, de la Universidad Autónoma de Nuevo León ME. María Diana Ruvalcaba Rodríguez y a la Subdirectora de Posgrado e Investigación Dra. María Magdalena Alonso Castillo por su apoyo académico.

A mi directora de tesis la Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis, por su valiosa enseñanza y asesoría para poder culminar la investigación, obteniendo un aprendizaje más que satisfactorio. Persona que estuvo constantemente mostrándome su apoyo, impulsando mis estudios, siempre preocupada por mi desempeño y aprendizaje.

A los integrantes del Comité de Tesis, Dra. Raquel Alicia Benavides Torres, Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez, Dra. Rocío Ortiz López y Dr. Marco Vinicio Gómez Meza por sus valiosas aportaciones y críticas con fundamento para el enriquecimiento de este estudio de investigación.

Agradezco a la Universidad de Austin Texas, principalmente a la Dra. Jane Dimmitt Champion por sus valiosas enseñanzas y disposición, una experiencia satisfactoria y de aprendizaje.

A cada uno de los docentes del Posgrado por compartir sus conocimientos durante mi formación académica de doctorado.

Agradezco a cada una de las escuelas secundarias públicas que me permitieron llevar a cabo la investigación.

A todas las personas que me brindaron apoyo, palabras de motivación para seguir adelante con mis estudios, por su apoyo incondicional para realizar la estancia y por el amor que me han brindado incondicionalmente.

A mi amiga Reyna Torres Obregón por compartir esta etapa conmigo, por su apoyo incondicional, por las cosas que hemos aprendido juntas, por motivarme, por escucharme, por sus consejos, por ser una amiga incondicional, feliz estoy de seguir juntas en nuestros estudios.

A mi amiga Liliana Juárez Medina por brindarme su apoyo y comprensión, por sus consejos y palabras de motivación durante la estancia en Austin y la carrera de doctorado, eres una gran persona y una gran amiga.

A todas las personas, ahora amigos, que me brindaron su hogar para realizar la estancia y a todas aquellas que hicieron que eso fuera posible.

Dedicatoria

Primeramente a Dios por haberme ayudado durante este proceso de formación y estudios, por darme paciencia, fuerza y apoyo, por recordarme día a día que no me rindiera, que cada obstáculo en el camino era una señal para seguir adelante, los grandes esfuerzos traen grandes recompensas.

Dedico muy especialmente este trabajo a mis padres Juan Antonio Esparza Almanza y Geronima Dávila Lucio, ya que sin ellos este logro no sería posible, por ellos estoy aquí, agradezco infinitamente cada una de sus palabras que me motivaron a terminar mis estudios y a no desistir, a ellos que me mantuvieron de pie y estuvieron siempre a mi lado para apoyarme e impulsarme a seguir adelante y no rendirme. Admiro su lucha incansable por sacarnos adelante, por enseñarme que nada en la vida es fácil, pero el amor de Dios y la familia todo lo puede. Los amo demasiado, ustedes son la luz de mis ojos, son mi gran ejemplo y mi motivación.

A mis hermanas Mayra, Diana y Naidelin por su apoyo incondicional y su comprensión, las amo con todo mi corazón.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco teórico	7
Substracción teórica	12
Modelo de rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes	24
Proposiciones teóricas	25
Estudios relacionados	29
Definición de términos	44
Objetivo General	46
Objetivos específicos de los padres	46
Objetivo específico de adolescentes	47
Capítulo II	
Metodología	48
Diseño del estudio	48
Población, muestra y muestreo	48
Criterios de inclusión	49
Criterios de exclusión	49
Instrumentos de medición	49
Procedimiento de recolección de datos	53
Consideraciones éticas	55
Estrategia de análisis de datos	56
Capítulo III	
Resultados	58
Características sociodemográficas de padres	58

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Características sociodemográficas de adolescentes	58
Estadística descriptiva de las variables de estudio de padres	60
Índices globales de las variables de estudio de los padres	69
Estadística descriptiva de las variables de estudio en adolescentes	71
Índices globales de las variables de estudio de los adolescentes	73
Consistencia interna de los instrumentos aplicados a padres y adolescentes	75
Estadística Inferencial	75
Modelo de Rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes	86
Capítulo IV	
Discusión	90
Limitaciones del estudio	99
Conclusiones	100
Recomendaciones	101
Referencias	103
Apéndices	119
A. Cédula de datos de padres	120
B. Cédula de datos para adolescentes	122
C. Conocimiento de VPH	123
D. Percepción de riesgo del VPH	125
E. Actitudes acerca de la comunicación sexual	126
F. Escalas para la Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I)	128
G. Escala de Machismo Sexual (EMS Sexismo-12)	130
H. Escala de Creencias de Marianismo	132
I. Autoeficacia para hablar con sus hijos acerca de sexo	134

Tabla de Contenido

Contenido	Página
J. Rol de los padres para la prevención del Virus del Papiloma Humano en adolescentes (Versión padres)	136
K. Rol de los padres para la prevención del Virus del Papiloma Humano en adolescentes (Versión adolescente)	139
L. Consentimiento Informado de Padres	143
M. Asentimiento Informado	145
N. Conocimiento de los padres acerca del Virus del Papiloma Humano de acuerdo al sexo de los padres	147
Ñ. Riesgo percibido de los padres para contraer VPH de acuerdo al sexo de los padres	149
O. Actitud de los padres hacia la prevención del Virus del Papiloma Humano de acuerdo al sexo de los padres	150
P. Ambiente familiar de acuerdo al sexo de los padres	152
Q. Machismo de acuerdo al sexo de los padres	153
R. Marinismo de acuerdo al sexo de los padres	154
S. Autoeficacia de los padres para la comunicación sexual con adolescentes de acuerdo al sexo de los padres	156
T. Monitoreo parental de acuerdo al sexo de los padres	158
U. Comunicación sexual de acuerdo al sexo de los padres	159
V. Monitoreo parental percibido por el adolescente de acuerdo al sexo de los padres	160
W. Comunicación sexual percibida por el adolescente de acuerdo al sexo de los padres	161

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Escolaridad de los padres	59
2. Características sociodemográficas de los adolescentes	59
3. Conocimiento de los padres acerca del Virus del Papiloma Humano	60
4. Riesgo percibido de los padres para contraer Virus del Papiloma Humano	62
5. Actitud de los padres hacia la prevención del Virus del Papiloma Humano	62
6. Ambiente familiar percibido por los padres	64
7. Machismo sexual percibido por los padres	65
8. Marianismo percibido por los padres	65
9. Autoeficacia de los padres para la comunicación sexual con adolescentes	67
10. Monitoreo parental percibido por los padres	68
11. Comunicación sexual percibida por los padres	68
12. Estadística descriptiva de las variables de estudio de los padres	70
13. Monitoreo parental percibido por los adolescentes	72
14. Comunicación sexual percibida por los adolescentes	72
15. Estadística descriptiva de las variables de estudio de los adolescentes y padres	74
16. Consistencia interna de instrumentos aplicados a padres y adolescentes	75
17. Modelos de regresión lineal del ambiente familiar con el conocimiento, riesgo percibido y actitud hacia la prevención del VPH	77
18. Modelos de regresión lineal del ambiente familiar con el conocimiento, riesgo percibido y actitud hacia la prevención del VPH "con bootstrap"	77
19. Modelos de regresión lineal de machismo con conocimiento acerca del VPH, riesgo percibido y actitud hacia la prevención del VPH	78

Lista de Tablas

Tabla	Página
20. Modelo de regresión de machismo con conocimiento acerca del VPH, riesgo percibido y actitud hacia la prevención del VPH "con bootstrap"	79
21. Modelos de regresión lineal de marianismo con conocimiento del VPH, riesgo percibido y actitud hacia la prevención del VPH	80
22. Modelo de regresión de marianismo con conocimiento acerca del VPH, riesgo percibido y actitud hacia la prevención del VPH "con bootstrap"	80
23. Correlación del conocimiento acerca del VPH, riesgo percibido, actitud, machismo y marianismo con la autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes	81
24. Modelo de regresión de conocimiento acerca del VPH, riesgo percibido, actitud, machismo y marianismo con la autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes	82
25. Modelo de regresión de conocimiento acerca del VPH, riesgo percibido, actitud, machismo y marianismo con la autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes "con bootstrap"	83
26. Modelo de regresión lineal de autoeficacia para la comunicación sexual con rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes	84
27. Modelo de regresión lineal de autoeficacia para la comunicación sexual con rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes "con bootstrap"	84
28. Modelo de regresión de actitud hacia la prevención de VPH, ambiente familiar, machismo y autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes en el rol de los padres para la prevención del VPH	85

Lista de Tablas

Tabla	Página
29. Modelo de regresión de actitud hacia la prevención del VPH, ambiente familiar, machismo y autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes en el rol de los padres para la prevención del VPH con “bootstrap”	85

Lista de Figuras

Figuras	Página
1. Transición: teoría de rango medio	9
2. Modelo de Rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes	25
3. Sustracción teórica de las condiciones de transición tipo personal: facilitadores e inhibidores.	26
4. Sustracción teórica de las condiciones de transición tipo social: facilitadores e inhibidores	27
5. Sustracción teórica de los patrones de respuesta: indicador de proceso y resultado.	28
6. Resultados de las variables del modelo Rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes	87
7. Modelo de Rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes.	88
8. Variables que tienen efecto directo con el rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes.	89

Resumen

Sandra Paloma Esparza Dávila
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de graduación: Agosto 2017

Título del Estudio: ROL DE LOS PADRES PARA LA PREVENCIÓN DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN ADOLESCENTES

Número de páginas: 161

Candidata a obtener el Grado de
Doctor en Ciencias de Enfermería

LGAC: Sexualidad responsable y prevención de ITS-VIH/SIDA

Propósito y Método del Estudio: Determinar la relación de los factores facilitadores e inhibidores personales (conocimiento acerca del VPH, riesgo percibido para contraer VPH y actitud hacia la prevención del VPH) y sociales (ambiente familiar, machismo y marianismo) con el indicador de proceso (autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes) y este a su vez con el indicador de resultado (rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes). La muestra estuvo conformada por 291 parejas integradas por padre y madre y 291 adolescentes de 14 y 15 años de edad, con un nivel de significancia de .05, Coeficiente de Determinación de .09, una potencia de prueba de 90% para un modelo de Regresión Lineal Múltiple Univariado con ocho variables. El muestreo fue por conveniencia, se utilizaron ocho instrumentos con confiabilidad aceptable. El análisis se basó en estadística descriptiva, la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, coeficientes de correlación de Spearman y modelos de Regresión Lineal Múltiple.

Contribución y Conclusiones: en base a la relación de los factores facilitadores e inhibidores personales y sociales con el indicador de proceso, se ajustó un modelo de regresión lineal múltiple univariado, el resultado mostró que el conocimiento acerca del VPH, la actitud hacia la prevención del VPH, el ambiente familiar y el machismo tienen efecto en la autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes con una varianza explicada del 21.6%; por otra parte la autoeficacia se asocia positiva y significativamente con el rol de los padres para la prevención del VPH ($F_{[1, 289]} = 109.30, p < .001$), explicando la varianza en un 27.2%. Para identificar el efecto directo de las variables independientes sobre la variable resultado, el modelo que mejor ajustó consideró cuatro variables de las siete introducidas, tales como actitud hacia la prevención del VPH, ambiente familiar, machismo y autoeficacia para la comunicación sexual, siendo el modelo significativo ($F_{[7, 283]} = 35.33, p < .001$), explicando la varianza en un 31%. Estos resultados son relevantes para enfermería para el desarrollo de estrategias de prevención dirigidas hacia los padres para prevenir conductas sexuales de riesgo en los adolescentes. Se requiere fortalecer en los padres de hijos adolescentes el conocimiento acerca del VPH, la actitud hacia la prevención, el ambiente familiar, disminuir las actitudes machistas y empoderar a los padres para que sean autoeficaces para comunicar temas de sexualidad con sus hijos adolescentes.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS _____

Capítulo I

Introducción

El Virus del Papiloma Humano (VPH) es la infección de transmisión sexual (ITS) más común en el mundo. Se estima que aproximadamente 630 millones de personas en el mundo están infectadas de VPH. Es una ITS que se adquiere fácilmente, debido a que la forma de contraerla es a través del contacto directo con la piel de la zona genital, así como relaciones sexuales anales, orales o vaginales sin protección (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016).

El VPH se ha incrementado en los últimos 20 años, generando tasas de morbilidad y mortalidad significativas en mujeres jóvenes (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2016). Actualmente la población más afectada por este virus, son personas de 10 a 19 años de edad (OMS, 2016). En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) reportó en el año 2010, 19 millones de casos de ITS en adolescentes, de las cuales el VPH y la candidiasis urogenital fueron las más comunes.

Existen más de 100 tipos de VPH los cuales se clasifican en alto o bajo riesgo en relación a su oncogenicidad, los de alto riesgo son responsables de aproximadamente 70% de todos los casos de Cáncer Cervicouterino (CaCu) (Sociedad Americana de Cáncer, 2014). El VPH, ocupa el cuarto lugar entre los tipos más comunes de cáncer que afectan a mujeres, se estima que ocurren 266, 000 muertes y unos 528, 000 de nuevos casos (OMS, 2015). Los índices de mortalidad indican que en México cada año ocurren aproximadamente 3,822 muertes debido al CaCu, 1 de cada 10 muertes por cáncer en mujeres mexicanas es debida a CaCu (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud México [CNEGSR], 2014).

Ante tales hallazgos en donde la población de adolescentes se encuentra inmersa, autores como Gómez-Inclán y Duran (2017), reportan que la actividad sexual de los adolescentes se ha incrementado (23%), entre los cuales 14.7% de los hombres y 33.4% de las mujeres no utilizaron algún método en la primera relación sexual. Este tipo de

conductas sexuales de riesgo en los adolescentes los hacen más vulnerables al contagio de VPH, aunado a que la infección no se acompaña de signos y síntomas y la población infectada no sabe que es transmisora, se estiman que 8 de cada 10 personas en algún momento de su vida tuvieron VPH (CNEGSR, 2014). Al ser un virus con estas características, existen pruebas diagnósticas para detectar su contagio, el Papanicolaou, como herramienta primaria de detección del CaCu y la prueba de ácido desoxirribonucleico (ADN) del VPH para detectar el virus en las mujeres.

Finalmente una medida reciente que surgió con el objetivo de reducir la carga de enfermedad por el contagio de VPH, fue el desarrollo de vacunas compuestas de partículas similares a este virus. En México, la aplicación de la vacuna es a niñas de quinto grado o bien, de 11 años, requiriendo aprobación de los padres de familia. Actualmente la cobertura de vacunación en población de adolescentes no ha sido tan amplia, existe escasez de conocimiento sobre los beneficios de la vacuna, falta de información acerca de la población que es apta para que pueda ser vacunada, así como diversas barreras culturales (CNEGSR, 2015).

Cada una de las pruebas diagnósticas, así como la vacuna, han mostrado ser efectivas, sin embargo la infección del VPH en adolescentes se sigue incrementando. La literatura ha reportado que cambios psicosociales y cognitivos de la etapa de la adolescencia, así como cambios en la relación con el entorno y la separación de vínculos con los padres, acentúan problemas conductuales de tipo sexual (Díaz & Orozco, 2014; Manrique & Rivera, 2014). Aunado a esos cambios, la falta de un conocimiento adecuado y preciso sobre temas sexuales y la información variable e insuficiente que proviene de amigos, medios de comunicación e Internet, generan que los adolescentes incurran en conductas sexuales de riesgo (Medina, Medina, & Merino, 2014; Rivera & Cuentas, 2016; Silva, Andrade, Palacios, Rojas, & Mendonça, 2014).

Actualmente la evidencia sugiere que se involucre a los padres para fomentar el autocuidado, protección y prevención de las conductas sexuales de riesgo en los

adolescentes (Coloma & Piscoya, 2014; Córdova, Huang, Lally, Estrada, & Prado, 2014). Sin embargo, la información en relación a la función de los padres sobre la sexualidad se encuentra limitada a reportar lo que sucede cuando los hijos hablan con sus padres sobre temas sexuales y sobre algunas variables que influyen en los padres para que ellos se comuniquen con sus hijos, de tal manera que se desconoce de qué forma los padres pueden llevar a cabo un rol protector para la prevención de conductas sexuales de riesgo en los adolescentes (González, Orcasita, Carrillo, & Palma-García, 2017).

Específicamente en relación al contagio de VPH como una de las conductas sexuales de riesgo que se está presentando con mayor incidencia en los adolescentes hoy en día, no existe evidencia teórica que explique el rol de los padres para prevenir el contagio de VPH en los adolescentes. La evidencia con la que se cuenta, son modelos teóricos que explican la adopción de medidas de protección ante situaciones de riesgo específicas como el contagio de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), sin embargo, el rol de los padres sigue sin abordarse (Espada, Quiles, & Méndez, 1982; Orcasita, Uribe, Castellanos, & Gutiérrez, 2012).

Partiendo de esta perspectiva para fines del presente estudio se propone un modelo de interacción de variables donde se incluyen los factores que pueden inhibir o facilitar un rol de los padres para la prevención del VPH en los adolescentes. El rol de los padres es una transición de funciones que cambian de acuerdo a la etapa de desarrollo de sus hijos, respecto a las necesidades de los hijos que surgen en la etapa de la adolescencia, para los padres, son difíciles de abordar por lo que delegan a la escuela y medios de comunicación esta responsabilidad (Domench & Cabrero, 2011). De acuerdo a Padilla y Díaz (2011), el desempeño adecuado del rol de los padres sobre temas de sexualidad, es una herramienta útil que fomenta la responsabilidad sexual en los adolescentes.

Basados en estas evidencias, la literatura ha reportado que el monitoreo parental y la comunicación sexual de manera conjunta, son elementos necesarios para llevar a cabo un correcto desempeño de rol en la prevención de conductas sexuales de riesgo como es el contagio del VPH (Atienzo, Campero, Estrada, Rouse, & Walker, 2011; Maliki, 2012; Ruiz et al., 2012; Poehlmann-Tynan et al., 2015; Ying, Huang, Guo, Chen, & Xu, 2015). El monitoreo parental, control parental o supervisión de los padres es “un conjunto de conductas parentales correlacionadas que implican atención y seguimiento del paradero, actividades y adaptaciones del niño (Dishion & McMahon, 1998, p. 61).

Diversos estudios refieren que el monitoreo parental tiene influencia en la prevención de conductas sexuales de riesgo en el adolescente (Andrade, Betancourt, Vallejo, Celis, & Rojas, 2012; Karoly, Callahan, Schimiege, & Feldstein, 2015; Manu, Mba, Asare, Odoi-Agyarko, & Asante, 2015; Miller, Forehand, & Kotchick, 1999; Salvador, De Vargas, & Feldstein, 2015; Ying et al., 2015). El monitoreo parental influye en el comportamiento adolescente y puede prolongarse hasta la etapa de la juventud ya sea directamente al minimizar involucrase en situaciones de riesgo o indirectamente al mejorar sus habilidades sociales (Li, Stanton, & Feigelman, 2000). Por otra parte, se encuentra la comunicación sexual, considerada como una herramienta útil que fomenta la responsabilidad sexual entre los adolescentes (Bastien, Kajula, & Muhezi, 2011; Castillo, Álvarez, Valle, & Hernández, 2015; Thoma & Huebner, 2014). La evidencia empírica muestra que se ha asociado positivamente con la conducta sexual segura, retraso de inicio de vida sexual activa e incremento de uso de condón (Bastien et al., 2011).

A pesar de que la evidencia sugiere que se tomen en cuenta esos elementos para que los padres desempeñen un rol que ayude a los adolescentes a prevenir el contagio del VPH, existen factores personales que pueden facilitar o inhibir el rol de los padres para prevenir el contagio del VPH en los adolescentes, tales como el conocimiento sobre

el VPH, riesgo percibido, actitud hacia la prevención del VPH, así como factores sociales, tales como: el ambiente familiar, el machismo y marianismo. Respecto al conocimiento sobre el VPH, se incluye conocer las formas de transmisión, prevención, tratamiento y complicaciones del virus, cuando el conocimiento es inadecuado, puede afectar la prevención, detección, seguimiento y adherencia al tratamiento y por tanto transmitirse de manera errónea a los hijos (Castro, Miranda, & Borre, 2012; Lee, Paz, Carcamo, & García, 2010; Paolino et al., 2011).

Otro factor es la percepción de riesgo hacia contraer el VPH y las actitudes hacia el VPH, estos permiten hacer visibles rasgos característicos en los saberes, actitudes y comportamientos de los padres. Si el padre no percibe el riesgo de que su hijo sea susceptible de contagiarse del VPH, la comunicación que pueda tener con su hijo no estará en función de prevención. En ocasiones estos factores son fuente de ideas falsas o de desconocimientos que pueden representar un freno a las actividades de prevención y manejo médico adecuado, siendo obstáculos potenciales al cambio de comportamiento (Castro et al., 2012; Concha, Urrutia, & Riquelme, 2012; Lee et al., 2010).

Existen además factores de tipo social los cuales determinan que establezca o no un adecuado rol protector efectivo en los padres. Por una parte se encuentra el ambiente familiar, el cual se considera como base de las funciones que los padres desempeñen respecto a la sexualidad, mediante la promoción de valores, actitudes y comportamientos saludables y responsables (Barudy & Dantagnana, 2010; Domench & Cabrero, 2011). El ambiente familiar es un contexto que integra y participa en la interacción de adolescentes y padres en relación a los aspectos biológicos y psicosociales del desarrollo, promoviendo bienestar y desarrollo de los miembros de la familia. El vínculo emocional entre los miembros de la familia y la comunicación como un medio de interacción con los miembros de la familia son elementos que se deben tomar en cuenta para analizar el ambiente familiar (McCubin & Corneau, 1987; McCubin & Patterson, 1987; McCubin, Patterson, & Wilson, 1987).

Por otra parte, existe un elemento cultural denominado machismo, en el cual las personas tienen una inclinación a adoptar comportamientos que sean coherentes con sus creencias culturales específicas y restricciones sociales. La literatura expresa que los padres, son quienes en ocasiones promueven prácticas sexuales en sus hijos para mostrar hombría, este factor se transforma en una barrera al momento de prevenir el contagio del VPH ya que el adolescente repetirá la conducta machista del padre (Concha et al., 2012).

Además, existe una construcción que se refiere al marianismo la cual describe los ideales de género y el código de conducta para las mujeres (Stevens, 1973). En el papel marianista, las mujeres deben reconocer su destino como madres y esposas, estar dispuestas a tolerar las exigencias de la maternidad, así como informar al esposo cualquier actividad que haga, así como apoyarlos en todas las medidas necesarias. Estas características pueden estar influyendo en rol de protección efectivo que las madres deben de establecer con sus hijos, ya que pueden omitir entablar una comunicación respecto a temas de sexualidad, por respeto a la familia o por sobrevalorar su función.

Ante los factores mencionados y tomando en cuenta que la comunicación sexual es uno de los elementos necesarios en el rol que los padres desempeñen para la prevención de conductas de riesgo sexual incluyendo el contagio del VPH, es necesario tomar en cuenta la autoeficacia. El concepto de autoeficacia se refiere a la confianza que tienen las personas para llevar a cabo un proceso, además puede ayudar a predecir si las personas podrán o no realizar alguna acción (Ballester, Gil-Llario, Ruiz, & Giménez, 2013; Bandura, 1977). Las influencias sociales y personales crean en los padres una estimación de su habilidad para afrontar una determinada situación (Bandura, 1994). La confianza que los padres perciban para llevar a cabo una comunicación sexual con sus hijos adolescentes es de fundamental importancia.

Respecto a cada uno de los factores mencionados el personal de enfermería tiene una labor importante en la promoción de la salud así como en la detección y prevención oportuna de enfermedades y sus complicaciones. Por lo que los resultados del presente

estudio permitirán contar con evidencia empírica para la prevención del VPH en adolescentes mediante el rol de los padres. Así mismo los resultados pueden apoyar al desarrollo de estrategias educativas para padres y adolescentes para disminuir las conductas sexuales de riesgo.

Partiendo de esta evidencia de literatura para fines del presente estudio se propuso un modelo de interacción de variables que incluyó factores facilitadores e inhibidores de tipo personal y social, un indicador de proceso (autoeficacia de los padres para la comunicación sexual) y un indicador de resultado (rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes). De acuerdo a lo anterior el propósito del presente estudio fue determinar la capacidad explicativa del conocimiento acerca del VPH, el riesgo percibido para contraer VPH, la actitud hacia la prevención del VPH, el ambiente familiar, el machismo, el marianismo, la autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes en el rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes.

Marco teórico

El estudio utilizó como base la teoría de rango medio de Transición de Meleis (2000) para explicar la interacción de los factores que influyen en el rol de los padres para la prevención de VPH en adolescentes.

El modelo de la teoría de rango medio de Transición de Meleis tiene como propósito el dominio de conductas, sentimientos, señales, y símbolos asociados a nuevos roles e identidades que permitan generar un proceso de transición adecuado (Meleis, 2000; Figura 1). Esta teoría está orientada a las personas y sus familias, la comunidad y la sociedad que atraviesa o experimenta alguna forma de transición en la vida. Permite además la promoción del bienestar y el dominio de los cambios a través de estrategias preventivas que ayuden a disminuir los efectos de las transiciones

El modelo parte de los siguientes supuestos:

1) Las transiciones son complejas y multidimensionales. Las transiciones tienen patrones de multiplicidad y complejidad.

2) Todas las transiciones se caracterizan por flujo y movimiento en el tiempo.

3) La transición puede causar cambios de identidades, roles, relaciones, habilidades y patrones de conducta.

4) Las transiciones incluyen un proceso de movimiento y cambio en patrones básicos de la vida, los cuales se manifiestan en todos los individuos.

El modelo está integrado por conceptos que se clasifican en tipos y patrones de transiciones, propiedades de las experiencias de transición, condiciones de transición, además se encuentran los facilitadores e inhibidores los cuales pueden ser de tipo personal, social o de comunidad, los indicadores de proceso, indicadores de resultados y la terapéutica de enfermería; por lo que a continuación se describen cada uno de estos conceptos. Primeramente para explicar la naturaleza de las transiciones, el modelo de Meleis se divide en tipo de transición, patrones y propiedades de las transiciones.

En lo que respecta a los tipos de transición, se incluye la transición de desarrollo en la cual los cambios tienen que hacerse en el comportamiento de una o más personas. Este tipo de transición establece marcadores en relación a la paternidad, por ejemplo la etapa de imagen paterna, etapa de la crianza, etapa de autoridad, etapa integrativa y la quinta etapa del adolescente independiente. En esta última etapa el adolescente lucha con determinación, responsabilidad y madurez, es además una etapa en la que los padres deben proporcionar apoyo, mantenimiento de autoridad y responsabilidad. Algunos ejemplos de este tipo de transición son el nacimiento, adolescencia, procesos de la vida como la menopausia, vejez y muerte.

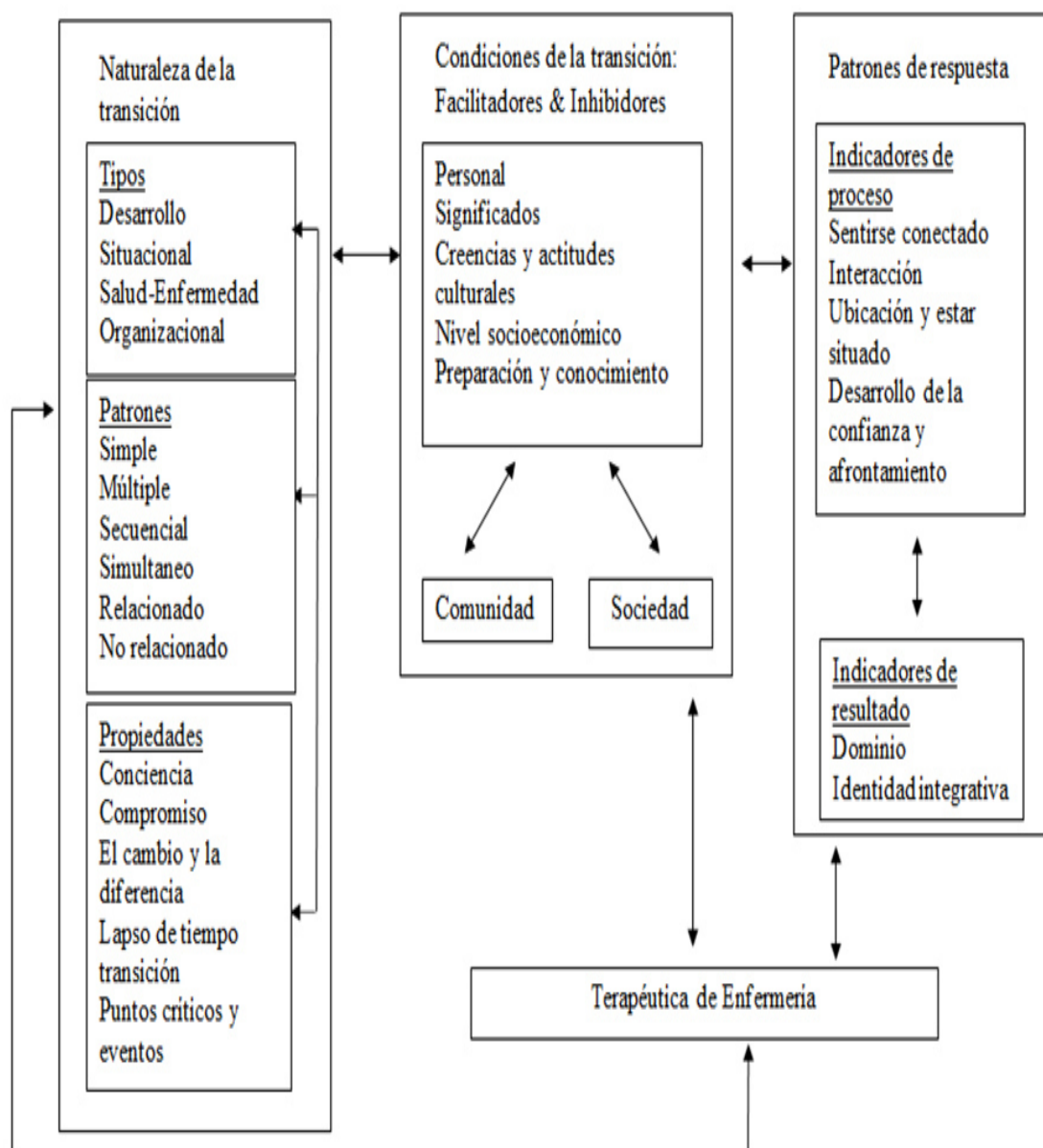


Figura 1. Transición: teoría de rango medio. Se presentan las características de la naturaleza de la transición, así como los factores facilitadores e inhibidores de tipo personal y social y los patrones de respuesta mediante los indicadores de proceso y resultado.

El segundo tipo de transición llamado salud y enfermedad se refiere al proceso de recuperación, alta hospitalaria y diagnóstico de una enfermedad crónica. En relación a las transiciones situacionales, éstas se refieren a la redefinición del roles preexistentes como resultado de la adición o pérdida de personas, en donde cada situación requiere de la definición o redefinición de roles. Por último, las transiciones organizativas, se refieren a cambios en las condiciones del entorno que afectan la vida de los clientes y los trabajadores (Schumacher & Meléis, 1994).

Los patrones de transición se refieren a si el cliente está experimentando una o múltiples transiciones. Las transiciones simples es cuando ocurre una transición en un determinado tiempo. Cuando las transiciones son múltiples es importante determinar si son secuenciales, es decir, una precede de otra o simultáneas, así como si son relacionadas o no. Por otra parte respecto a las propiedades de la experiencia de la transición se encuentran la conciencia, el compromiso, el cambio y la diferencia, lapso de tiempo y puntos críticos y fenómenos.

La conciencia se define como la percepción, el conocimiento y reconocimiento de la experiencia de la transición y el nivel de conciencia. El compromiso corresponde al grado de implicación de la persona en el proceso de la transición la cual no sucede sin la conciencia. El cambio y diferencia se refieren a las diversas identidades, roles y habilidades que dan un sentido de movimiento a los procesos internos y externos de la transición. Respecto al lapso de tiempo, es un punto de partida que puede ser identificado, por ejemplo, al inicio de la transición los primeros signos de anticipación, percepción o demostración de cambio, posteriormente pasa por un período de inestabilidad, confusión y estrés y finalmente llega a un nuevo inicio o período de estabilidad.

Por último se encuentra el concepto de puntos críticos y eventos, éstos son las propiedades finales de la transición, son marcadores, ejemplos de ellos son nacer, morir o diagnosticar una enfermedad, o etapas de la vida. Los puntos críticos y eventos suelen

asociarse a una mayor conciencia de cambios o diferencias o aun mayor compromiso más activo al tratar las experiencias de la transición. La teoría conceptualiza que existen puntos críticos finales caracterizados por un sentido de estabilización en nuevos hábitos, habilidades, estilos de vida y actividades de autocuidado y que un periodo de incertidumbre está marcado por fluctuación, cambio continuo y alteración de la realidad.

Una vez que es analizada la naturaleza de la transición, un segundo elemento importante es la identificación de las condiciones de transición: las cuales pueden ser facilitadores e inhibidores. Las condiciones son circunstancias que influyen en cómo una persona se mueve hacia una transición, éstas pueden facilitar o inhibir el progreso para lograr una transición saludable (Schumacher & Meléis, 1994). Existen tres tipos de condiciones, la personal y las de tipo social donde se incluye el vínculo con la comunidad y la sociedad.

Las condición personal incluye el significado atribuido a los acontecimientos que precipitaron o desencadenaron una transición, los cuales hacen esta sea más fácil de vivir. El significado se refiere a la apreciación subjetiva de una transición anticipada o con experiencia, así como también a la evaluación de su probable efecto en la vida. Los significados atribuidos a las transiciones pueden ser positivos, neutrales o negativos. La conciencia del significado de una transición para las personas es esencial ya que genera la comprensión de su experiencia y las consecuencias para la salud. La inclusión de significados en una teoría de la transición llama la atención sobre la importancia de la comprensión de una transición desde la perspectiva de aquellos que lo experimentan.

Las creencias y actitudes culturales son estigmas que las personas unen a la experiencia de la transición, percepciones humanas que influyen en las condiciones en las que se produce la transición. El nivel socioeconómico referente a los recursos económicos, puede influir en la experiencia de transición de las personas, por último la preparación y conocimiento es establecer características e información propia a la transición, para posteriormente establecer ajustes e involucrar a personas que formarán

parte de esa transición. Las condiciones de tipo social son la comunidad y sociedad, la comunidad hace referencia a los recursos comunitarios, personas, infraestructura, aspectos monetarios y la sociedad es el grupo social al que pertenece la persona influenciados por la cultura.

Finalmente se encuentran los patrones de respuesta, los cuales se contextualizan como indicadores de proceso e indicadores de resultado. Los indicadores de proceso mueven a la gente en una dirección de la salud o vulnerabilidad. Para realizar una valoración acerca de un resultado saludable los patrones de respuesta incluyen sentirse conectado, el individuo al reconocer características propias de la transición sentirá que forma parte del proceso. La interacción, es el patrón de respuesta que brinda significado a la transición, además los comportamientos desarrollados han sido descubiertos, aclarados y reconocidos, estableciendo una conexión con la transición saludable.

Otro de los patrones de respuesta es la ubicación y estar situado según el tiempo, el espacio y las relaciones son importantes. La ubicación a menudo implica un movimiento unidireccional de un lugar a otro mediante el cual la transición irá tomando curso para seguir desarrollándose. El patrón de respuesta de desarrollo de la confianza y de afrontamiento, el cual se manifiesta en el nivel de comprensión de los diferentes procesos inherentes en el diagnóstico, tratamiento y recuperación de la transición, es el grado en el que un patrón indica que se puede lograr una transición saludable. Por último, dentro de los indicadores de resultado se encuentra el dominio y la identidad integrativa, el primero hace referencia a las habilidades necesarias para gestionar una transición, la cual se determina por la demostración del dominio de habilidades y comportamientos, el segundo, es referente a conjuntar y unir las experiencias de la transición.

Substracción teórica

Considerando el soporte teórico de Meleis se llevó a cabo una substracción teórica de la teoría de rango medio, en donde los conceptos fueron los siguientes: puntos

críticos y eventos, creencias y actitudes culturales, preparación y conocimiento, comunidad, sociedad, desarrollo de la confianza y afrontamiento y dominio. Se utilizó el método de substracción teórica de Dulock y Holzemer (1993) a través de los siguientes pasos: 1) identificar y seleccionar los principales conceptos, 2) especificar las relaciones entre los conceptos, 3) ordenar jerárquicamente los conceptos de acuerdo al nivel de abstracción, 4) representar gráficamente las relaciones entre las variables.

En las figuras 3,4 y 5, se muestra la substracción teórica de las definiciones al modelo propuesto; las cuales se construyeron de acuerdo a los hallazgos reportados en la literatura. Se presentan los constructos, conceptos e indicadores empíricos para cada una de las variables.

De acuerdo al modelo de Meleis, identificar la naturaleza de la transición se conforma de tres elementos: tipo de transición, patrones y propiedades. Primeramente se analizó la naturaleza de la transición y se seleccionó el tipo de transición (desarrollo, salud-enfermedad, situacional y organizativa). En el presente estudio la transición estuvo relacionada con el rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes. Para que los padres ejerzan este rol, es necesario que cuenten con diversas capacidades prácticas que les ayuden a adaptarse al constante cambio de las necesidades de sus hijos adolescentes. Ante tales características, la transición en estudio se situó en una transición de desarrollo.

Las circunstancias que rodean a los padres, respecto a los cambios de etapas de desarrollo de sus hijos como la adolescencia, son retos sucesivos que ponen a prueba sus capacidades. La función de la parentalidad tiene que ver con las actitudes y la forma de interaccionar en las relaciones parentales para cuidar y educar a sus hijos y al mismo tiempo promover la socialización (Domench & Cabrero, 2011).

Tales datos hacen pensar en la importancia del desarrollo de la autoeficacia que se basa en la confianza de los padres de llevar a cabo determinados eventos de salud que sus hijos puedan llegar a tener, por ejemplo los relacionados con la sexualidad

(Demicheli, Jefferson, Rivetti, & Price, 2012; Smith, Yarwood, & Salisbury, 2007).

Respecto al modelo de Meleis los datos mencionados empatan con las características que definen a una transición de desarrollo en donde se establecen diversos marcadores de la paternidad; uno de ellos está en función de la etapa de la adolescencia en donde los padres deben proporcionar apoyo, mantenimiento de autoridad y responsabilidad, lo cual es una de las funciones que sitúan a un padre o madre competente.

Posteriormente otro elemento necesario en la naturaleza de la transición es identificarla en un patrón; respecto al modelo de Meleis la transición a estudiar se situó en un patrón múltiple, ya que el rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes estuvo en función de las capacidades que permiten a los padres afrontar de manera flexible y adaptativa la tarea de ser padres, de acuerdo con las necesidades evolutivas y educativas de los adolescentes en el ámbito de sexualidad. Es necesario contemplar que si bien la adolescencia es una etapa de desarrollo biológico, psicológico, sexual y social, el exceso de información sexual y el desconocimiento de las consecuencias de una actividad sexual sin protección llevan a los adolescentes a incurrir en prácticas de riesgo para la salud (Soto, Ortiz, Carranza, & Lira, 2011).

Por último, se deben de identificar las propiedades de la transición; respecto al rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes, una propiedad que puede estar relacionada es la de puntos críticos y eventos, referente a marcadores, como las etapas de desarrollo de la vida. Los puntos críticos y acontecimientos suelen asociarse a una mayor conciencia de cambios o diferencias o a un mayor compromiso más activo al tratar las experiencias de la transición. En el presente estudio los puntos críticos dependieron de la percepción que tuvo el padre o madre acerca de que su hijo (a) adolescente tuviera novio (a) además si ellos creían que su hijo (a) había iniciado vida sexual activa; si no existe tal percepción de los padres no puede considerarse como un punto crítico ya que el noviazgo se ha integrado como un elemento importante en el comportamiento del adolescente. Además, es considerado como una expresión de la

sexualidad, sin embargo en la adolescencia, es visto como un riesgo (Sánchez, Gutiérrez, Herrera, Ballesteros, Izzedin, & Gómez, 2011). Una vez que fue explicada la naturaleza de la transición, se describieron las subtracciones de los conceptos relacionadas con las condiciones de la transición (facilitadores o inhibidores), patrones de respuesta e indicadores de resultado.

Creencias y actitudes culturales.

El concepto de creencias y actitudes culturales se subtrajo como dos conceptos, primeramente se estableció definir por una parte las creencias y por otra las actitudes culturales. El concepto de creencias se subtrajo como el riesgo percibido para contraer VPH el cual fue la susceptibilidad percibida del padre y madre de que su hijo adolescente pueda ser contagiado del VPH ante las conductas sexuales de riesgo que el adolescente lleve a cabo.

De acuerdo a la literatura las creencias culturales están establecidas en cuatro dimensiones tales como susceptibilidad percibida, severidad percibida, barreras y beneficios percibidos. Para fines del estudio, se tomará en cuenta el concepto de susceptibilidad percibida el cual es llamado riesgo percibido (Schmidt, Maglio, Messoulam, Molina, & González, 2010). Una creencia puede estar en función de que una conducta saludable específica puede prevenir la enfermedad o si se está enfermo, la creencia de que una conducta específica puede aumentar la probabilidad de recuperar la salud (Maiman & Becker, 1974).

El riesgo percibido ante un determinado problema de salud, es una dimensión que valora cómo los sujetos varían en la percepción de la propia vulnerabilidad a enfermar, desde el sujeto que niega cualquier posibilidad de contraer una enfermedad, pasando por el que admite la posibilidad estadística de que le ocurra un problema de salud, sin embargo no considera la posibilidad real de que le ocurra (Janz & Becker, 1984; Rosenstock, 1974). Debido a ello la educación en salud debe considerar aspectos cognitivos sociales y culturales de acuerdo a una determinada sociedad y desde esta

perspectiva, es que, desde el ámbito de la psicología emergen diferentes modelos sociales relacionados al comportamiento y la salud. Las creencias, al igual que otros elementos de la cultura, se desarrollan por medio de procesos complejos mediante los cuales, el conocimiento puede ser creado y modificado bajo la influencia de hechos, acontecimientos y experiencias de las personas, generando actitudes diferentes (Concha et al., 2012).

Cuando se trata de un problema de salud en específico como lo es el contagio del VPH, la entrega de información en relación a estos virus, además de incrementar el conocimiento, incrementa la percepción de riesgo de desarrollar CaCU (Lambert et al., 2014, Osazuwa-Peters et al., 2015). En un estudio realizado por Herrera, Arriaga, Conde y Sánchez, 2013, la población declaró estar en riesgo de contraer VPH, el riesgo de contraer VPH fue asociado significativamente con ser sexualmente activo y tener numerosas parejas sexuales.

Otro concepto fue el de actitudes culturales, el cual se determinó como actitud hacia la prevención del VPH, que se refiere a la postura del padre y madre respecto a la comunicación sexual con su hijo adolescente acerca de la protección, abstinencia y retraso del inicio de las relaciones sexuales de su hijo adolescente para prevenir el contagio de ITS incluyendo el VPH.

De acuerdo al modelo de Meleis (2000) las actitudes son una condición personal que puede inhibir o facilitar el proceso de transición. Se refieren al igual que las creencias culturales a estigmas que las personas generan a la experiencia de la transición. La actitud es la forma de actuar de una persona, es el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas, es además una organización aprendida y relativamente duradera de creencias acerca de un objeto o de una situación, que predispone a un individuo en favor de una respuesta preferida.

Una actitud requiere tres elementos uno de ellos es el cognitivo formado por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos

sobre el objeto. Respecto al tema del VPH, las creencias que se tengan de acuerdo a ITS, serán elementales en el rol protector del padre. Otro de los elementos es el afectivo, el cual se refiere al sentimiento en favor o en contra de un objeto social, este es el componente más característico de las actitudes. En él radica la diferencia principal entre las creencias y las opiniones que se caracterizan por sus componentes cognoscitivos. Por último, otra característica es el elemento conductual, es decir, la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera, es el componente activo de la actitud.

La literatura mediante la teoría de la acción razonada y conducta planeada explica que las creencias pueden ser de tres tipos uno de ellos son las creencias conductuales lo cual se denomina como actitudes que muestran una determinada conducta que al final producirá un resultado (Ajzen & Fishbein, 1980). Respecto al VPH, las actitudes están en función del conocimiento que los padres tengan de este virus, así como también de la percepción de riesgo que tengan de que su hijo se pueda contagiar del VPH.

Debido a ello es necesario que se reconozca al CaCU como una enfermedad maligna. Además, la creencia en una posibilidad de presentar CaCU, el reconocer la citología y colposcopia como métodos diagnósticos de la infección por VPH y el conocer las diversas formas de prevención de contagio son factores relevantes que la población debe conocer para evitar el contagio de este virus (Castro et al., 2012).

Preparación y conocimiento.

El concepto de preparación y conocimiento se determinó como conocimiento acerca del VPH el cual se definió como la información que tiene el padre y madre acerca de los signos y síntomas, métodos de diagnóstico y tratamiento, vías de transmisión y complicaciones potenciales del VPH. Meleis (2000) se refiere al conocimiento como una condición personal de la transición, mediante la cual se establecen características propias a la transición, se establecen ajustes y se involucra a las personas que formarán parte de la transición. Este concepto puede inhibir o facilitar el proceso de la transición en curso.

Es importante señalar que la literatura ha demostrado que el conocimiento del VPH pocas veces se vincula con el CaCU. Debido a ello, se deben establecer diferentes niveles de conocimiento, uno de ellos es el mínimo o ningún conocimiento, posteriormente el conocimiento parcial sin asociación con el CaCU y por último el conocimiento completo con preocupación (Jaglarz, Tomaszewski, Kamzol, Puskulluoglu, & Krzemieniecki, 2014). Debido a la importancia y severidad que actualmente representa el VPH, el conocimiento de este virus debe ser entendido como una ITS el cual establece un claro vínculo con el CaCU. No sólo se deben apreciar los riesgos y consecuencias del VPH, se deben conocer las implicaciones tanto sociales y psicológicas que rodean al propio virus, la transmisión, la prevención, el tratamiento y los enlaces del VPH hacia otras enfermedades.

El conocimiento es una condición que puede inhibir o facilitar el proceso de transición de rol protector de los padres. El saber que es una ITS que afecta gravemente a la salud puede dar una orientación de reflexión y concientización que puede constituir una solución en materia de educación sexual. La transmisión de información adecuada, dotada de mecanismos para una mejor asimilación del conocimiento, contribuye al autocuidado y al combate de las consecuencias de conductas sexuales riesgosas, reduciendo los contagios de ITS en todos los contextos en los que se desenvuelve el adolescente.

Por ello es importante que el conocimiento no sólo abarque la definición de VPH, sino además, ese conocimiento debe establecer las diversas formas de prevención como lo es la abstinencia, el uso adecuado del condón en las prácticas sexuales y la vacunación contra el VPH. El conocimiento proviene de varias fuentes como la sociedad, escuela, medios de difusión masiva, libros y revistas, los cuales no son siempre verídicos. Sin embargo, los conocimientos sobre temas sexuales por parte de los padres, se ha constatado que son buenos, sin embargo no siempre los adultos son capaces de transmitir lo que saben a sus hijos (Domínguez, 2011).

Comunidad.

El concepto de comunidad se denominó como el ambiente familiar el cual se refirió a la percepción que tiene el padre y madre de la convivencia, unión, apoyo, comunicación, percepción ante situaciones difíciles o problemáticas con los miembros de la familia. La familia es considerada como la unidad básica de salud que debe educar con normas y límites, ejerciendo una autoridad afectiva, compartida y responsable al adolescente, es la entidad idónea como transmisora de factores protectores (Castellano, 2005). Al ser la familia el centro primario de socialización del adolescente, en el que se encuentran modelos a seguir a través de la educación, la observación del comportamiento y las formas de relaciones sociales establecidas por la familia con otros grupos, se genera la construcción del comportamiento del adolescente (Pardo, Sandoval, & Umbarila, 2004).

Las relaciones intrafamiliares son interconexiones que se dan entre los integrantes de cada familia y son importantes en el desarrollo del ambiente familiar, es necesario que se incluya la percepción que se tiene del grado de unión familiar, del estilo de la familia para afrontar problemas, para expresar emociones, manejar las reglas de convivencia y adaptarse a las situaciones de cambio. El ambiente familiar es una fuente de apoyo en contra de problemas psicosociales ayudando a que el adolescente pueda tener las herramientas necesarias para practicar conductas sexuales seguras (Prelow, Loukas, & Jordan-Green, 2007).

Para responder de manera favorable a situaciones nuevas y desconocidas que pueden ser factores de riesgo en el adolescente, es necesario tomar en cuenta la percepción de los padres así como la de los adolescentes. Cuando se establece un adecuado ambiente familiar, el rol protector de los padres ante las conductas sexuales de riesgo del adolescente, puede lograr un cambio o transición saludable en el adolescente, es decir, cambios que favorecerán su salud y no estará expuesto a riesgos de tipo sexual (Baeza, 2013).

Sociedad.

El modelo de Meleis establece una condición llamada sociedad, la cual se refiere al grupo social al que pertenece la persona, esta puede estar influenciada o no por la cultura. Para fines del estudio, este concepto se denominó como machismo y marianismo. Tales conceptos se han vinculado con el rol que el padre o madre desempeñan en la educación sexual de los hijos (Andrade, Betancourt, & Palacios, 2006).

El machismo en el presente estudio estuvo definido como la actitud del padre y madre en relación a las conductas y comportamiento sexual que deben tener los hombres y mujeres en una relación. En el contexto social de la persona existe el concepto de machismo el cual describe el comportamiento de los hombres en la cultura mexicana, sin embargo, no está bien definido. La mayoría de las concepciones del machismo se centran en una zona restringida, visión negativa de hipermasculinidad. En la mayoría de la literatura, el término aún se asocia con las características negativas de sexismo (Anders, 1993; Ingoldsby, 1991; Mosher & Tomkins, 1988).

Respecto al modelo de Meleis (2000), los elementos de la sociedad se encuentran relacionados con las condiciones personales. Respecto a la cultura mexicana, uno de los conceptos que tiene gran peso es el machismo. Al ser el machismo una ideología que engloba el conjunto de actitudes, conductas, prácticas sociales y creencias destinadas a promover la negación de la mujer como sujeto indiferentemente de la cultura, tradición, folclore o contexto, genera conflictos en el ámbito sexual.

Esto fundamenta lo dicho por Eccles, Wigfield y Schiefele (1998) quienes hacen hincapié en que el desarrollo del rol de género en los adolescentes ocurre a través de la observación y la imitación del comportamiento de los adultos. Lo que significa que el modelaje social juega un papel importante en la perpetuación del machismo en la sociedad ya que observando a sus padres y madres, los adolescentes se exponen a miles de modos de comportamiento femenino y masculino que los pueden estar discriminando

o estereotipando como al estilo de vida machista, de manera que los adolescentes lo van asumiendo casi en forma natural, sin ningún tipo de reflexión, que al final se convertirá en un factor de riesgo para los adolescentes en cuanto a su salud sexual (Caricote, 2008).

El representante del machismo es el varón, sin embargo, el machismo no puede ser transmitido y de hecho no existiría, de no ser por su gran reproductora y contradictoria antagonista: la mujer. Ya que en la cultura mexicana es quien promueve el machismo porque se encarga casi de la totalidad de la educación de los hijos. Los tiempos sociales que la mujer dedica a los hijos en México, son por lo general siempre mayores que los que le dedica el padre, por lo que es posible afirmar que si ella es quien los atiende prioritariamente, también ella es quien más influye en su educación (De la Fuente, 2002).

En un estudio realizado por Benatuil y Laurito (2010), refiere que el machismo es un factor predictor del embarazo en la adolescencia, ya que el padre al mostrar actitudes celosas con su hija cuando se relaciona con hombres, genera que las actitudes autoritarias del padre se conviertan en rebeldía para la adolescente, la cual la conduce a conductas de riesgo. Las adolescentes terminan por apegarse más a sus amigos, generando que las relaciones de noviazgo a edades tempranas generen mayor importancia en el comportamiento sexual, confundiendo el acto sexual con el afecto.

Respecto al marianismo, este concepto estuvo definido como la actitud del padre y madre acerca de las diferentes creencias que se tienen del rol que debe desempeñar la mujer ante las funciones del hogar, familia y pareja. Este concepto ha sido definido como el rol de género tradicional para las mujeres latinas que afirma que las mujeres deben imitar a la Virgen María en la pureza, la obediencia a los hombres y el sufrimiento (Gloria, Ruiz, & Castillo, 2004).

La cultura ha generado que sea la mujer quien se encargue de la educación, pero no de sexualidad de los hijos, mientras el padre tiende a enfocarse en el aspecto sustento económico de la familia (Álvarez, 2012). En un estudio realizado por Holguín,

Mendoza, Esquivel, Sanchez, Daraviña y Acuña (2013), refiere que las madres tienen mayor influencia en los adolescentes respecto al retraso del inicio de la actividad sexual que el padre. Otros trabajos, han encontrado que los adolescentes masculinos que mantienen una buena comunicación con su madre sobre temas de sexualidad, tienen una actividad sexual tardía (Andrade et al., 2006). Estos datos refieren la importancia del rol que juega la madre en la educación de sus hijos.

Desarrollo de la confianza y de afrontamiento.

Por último en el modelo de Meleis se encuentran los patrones de respuesta los cuales cuentan con dos elementos centrales, los indicadores de proceso y posteriormente los indicadores de resultado. Los indicadores de proceso son los que mueven a la persona al cambio, en una dirección de la salud o vulnerabilidad, los indicadores incluyen características tales como sentirse conectado, interacción, ubicación y estar situado y por último el desarrollo de la confianza y de afrontamiento.

Para fines del estudio se enfocó en el de desarrollo de la confianza y de afrontamiento. El desarrollo de la confianza y de afrontamiento se substrajo como el concepto de autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes el cual fue la confianza que tiene el padre y madre para afrontar la comunicación sexual sobre temas de sexualidad, se incluye abstinencia, uso correcto y forma de obtención del condón, uso correcto y forma de obtención de pastillas anticonceptivas, relaciones sexuales, embarazo, prevención del VPH y presión de grupos sociales en relación a la actividad sexual.

Meleis refiere que el desarrollo de la confianza y afrontamiento se manifiesta en el nivel de comprensión de los diferentes procesos inherentes en el diagnóstico, tratamiento y recuperación de la transición. Es el grado en el que un patrón indica que se puede lograr una transición saludable. La seguridad que los padres logren mediante la comunicación sobre temas de sexualidad es un elemento fundamental para que los hijos se conviertan en adolescentes seguros de sí mismos con valores, metas y habilidades que

promuevan la salud emocional y física. Sin embargo, para los padres de familia suele ser difícil conversar sobre sexo con sus hijos. Al comunicarles sus valores y actitudes, compartir información e intercambiar ideas, los padres ayudan a fomentar en sus hijos adolescentes la autoestima, la confianza en sí mismos y las habilidades para tomar decisiones sobre sexo y sobre un futuro saludable.

Dominio.

Dentro de los indicadores de resultados se encuentran el dominio y la identidad integrativa. Para fines de este estudio se tomó el concepto de dominio que se refiere a las habilidades nuevas que son necesarias para gestionar o llevar a cabo una transición determinada por la demostración del dominio habilidades y comportamientos. El concepto de dominio se substrajo como rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes el cual fue definido como la percepción del padre, madre y adolescente de la función protectora que ejercen ante conductas sexuales de riesgo incluyendo el contagio del VPH a través del monitoreo parental y la comunicación sexual.

El monitoreo parental se definió como la percepción del padre, madre y adolescente en relación a la supervisión que realizan los padres para saber dónde y con quién están sus hijos adolescentes y qué actividades están realizando cuando están fuera de casa. La comunicación sexual se definió como la percepción del padre, madre y adolescente en relación a la comunicación con el adolescente sobre formas de protección y contagio de ITS incluyendo el VPH, uso de condón, prevención de embarazos y presión de amigos respecto a las relaciones sexuales.

El rol de los padres se caracteriza por una relación de padres a hijos, en donde el apoyo se manifiesta en cada una de las etapas de desarrollo, según sean las necesidades del hijo. Esto a lo largo del tiempo dotaría de recursos al adolescente para desarrollar relaciones satisfactorias, tener una mayor autonomía y toma de decisiones. En definitiva, el rol que los padres desempeñen dependerá de la etapa de desarrollo de sus hijos (Musitu & Cava, 2003).

Dentro de las funciones de rol de los padres es educar en sexualidad a sus hijos por lo que ellos requieren de la capacidad de una adaptación activa, el reconocimiento de las necesidades propias, el generar condiciones nuevas y modificar la realidad inmediata de las funciones que deben ejercer con sus hijos, respecto a un rol protector. Respecto a generar comportamientos que no sean de riesgo en los adolescentes es importante que los padres lleven a cabo esa función bajo dos aspectos, el monitoreo parental y la comunicación sexual (Stattin & Kerr, 2000; Ying et al., 2015).

El monitoreo parental se basa en saber las actividades que los hijos llevan a cabo, conocer sus amigos o vínculo social, el control parental es la supervisión de las actividades ambos aspectos requieren de una comunicación adecuada y efectiva de padres a hijos. Una característica importante del monitoreo parental es que debe ser reconocido como una práctica que ejercen los padres con sus hijos, no de una manera invasiva o intrusiva, sino como producto de una relación armoniosa de padres e hijos, el cual se establece mediante la comunicación. Mediante este proceso, el adolescente debe sentir que el informar a sus padres sobre las actividades que realiza, es porque estos se interesan en él y los padres solicitan información con el mismo objetivo.

Por otra parte se encuentra la comunicación sexual, la cual se ha asociado positivamente con la conducta sexual segura, retraso de inicio de vida sexual activa e incremento de uso de condón (Bastien et al., 2011). Cuando no se cuenta con estos recursos aparecen algunos problemas que corresponden frecuentemente a la incapacidad de los padres de integrar el cambio y establecer comunicación con ellos. Cuando se establece el rol protector de los padres ante las conductas sexuales de riesgo del adolescente mediante el monitoreo parental y la comunicación sexual, se puede lograr un cambio o transición saludable (Baeza, 2013).

Modelo de rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes

La base teórica de este modelo se realizó mediante la teoría de rango medio de Transición de Meleis. El modelo muestra la interacción de los factores que facilitan o

inhiben el rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes (Figura 2). Las relaciones entre los conceptos se presentan a continuación:

Proposiciones teóricas

1. El conocimiento acerca del VPH, el riesgo percibido para contraer VPH y la actitud hacia la prevención del VPH se relacionan.
2. El ambiente familiar, machismo y marianismo se relaciona con el conocimiento acerca del VPH, riesgo percibido para contraer VPH y actitud hacia la prevención del VPH.
3. El conocimiento acerca del VPH, el riesgo percibido para contraer VPH, la actitud hacia la prevención del VPH, el ambiente familiar, el machismo y marianismo se relacionan con la autoeficacia de los padres para la comunicación sexual con adolescentes.
4. La autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes se relaciona con el rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes.

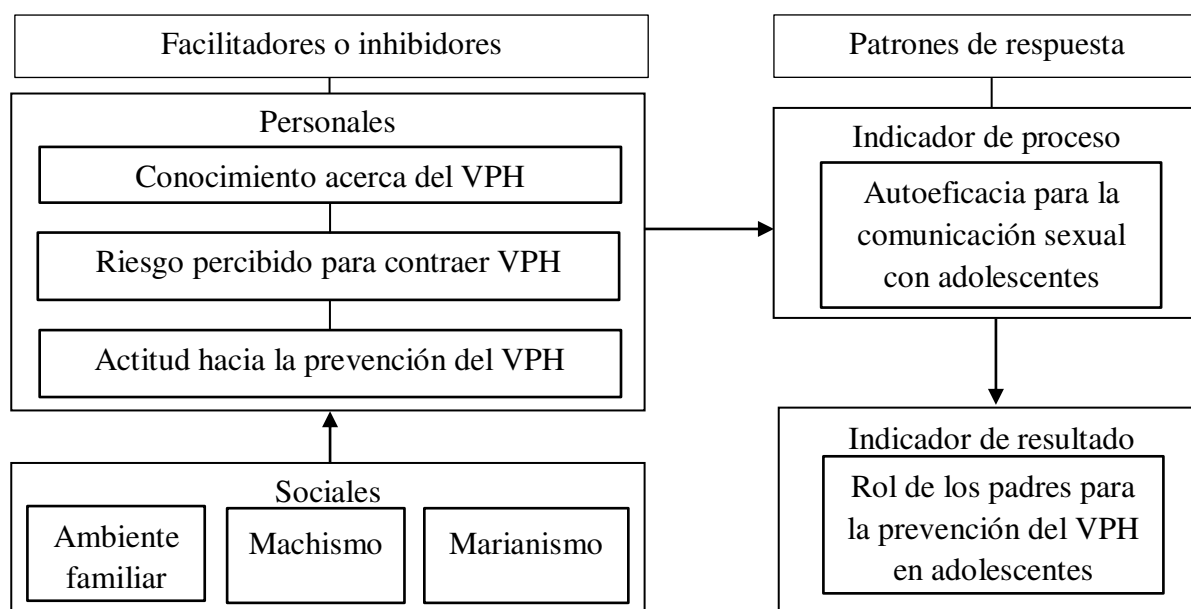


Figura 2. Modelo de Rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes. Se presentan los factores facilitadores e inhibidores de tipo personal y social que se relacionan con los indicadores de proceso y resultado.

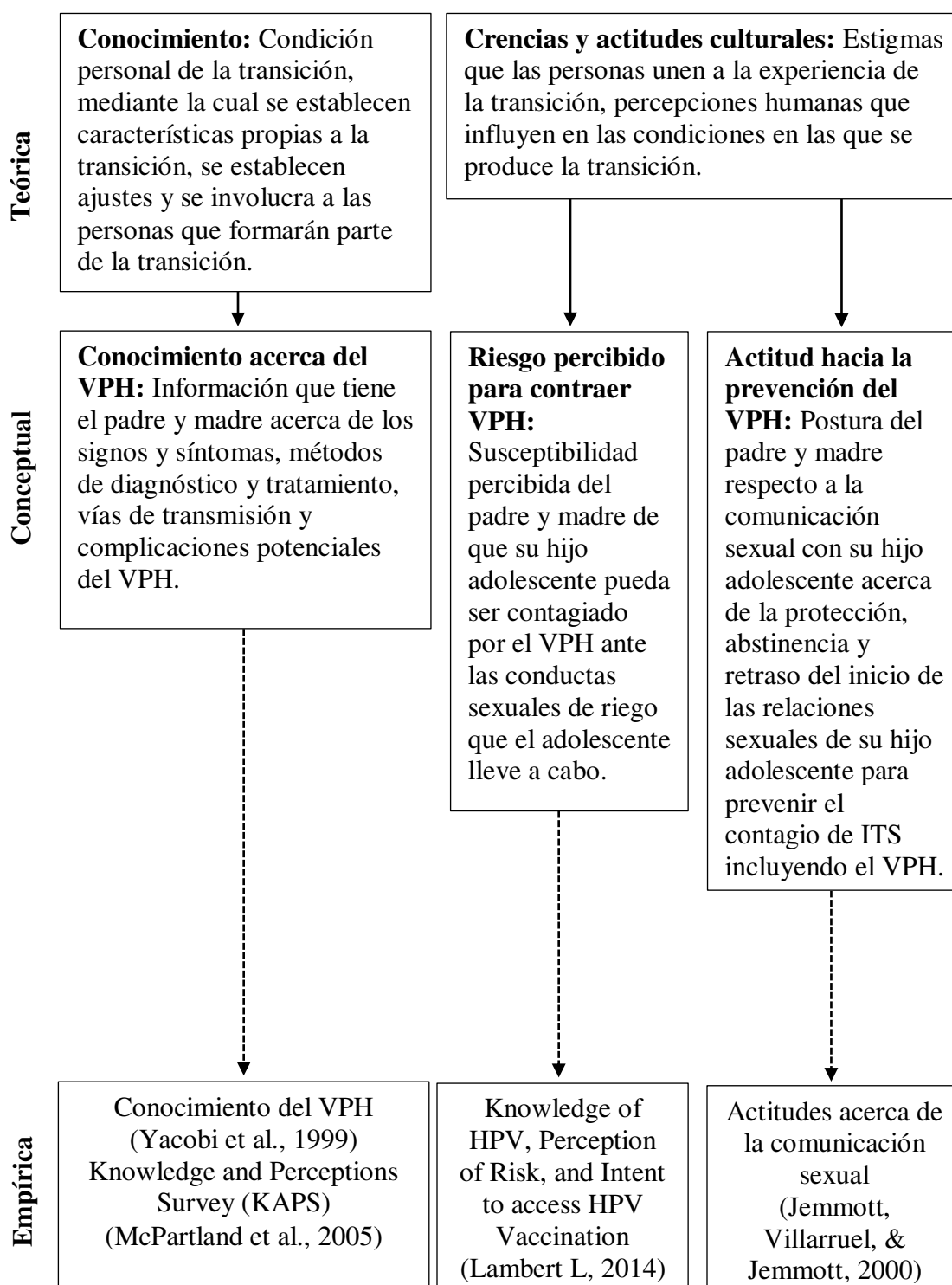


Figura 3. Sustracción teórica de las condiciones de transición tipo personal: facilitadores e inhibidores.

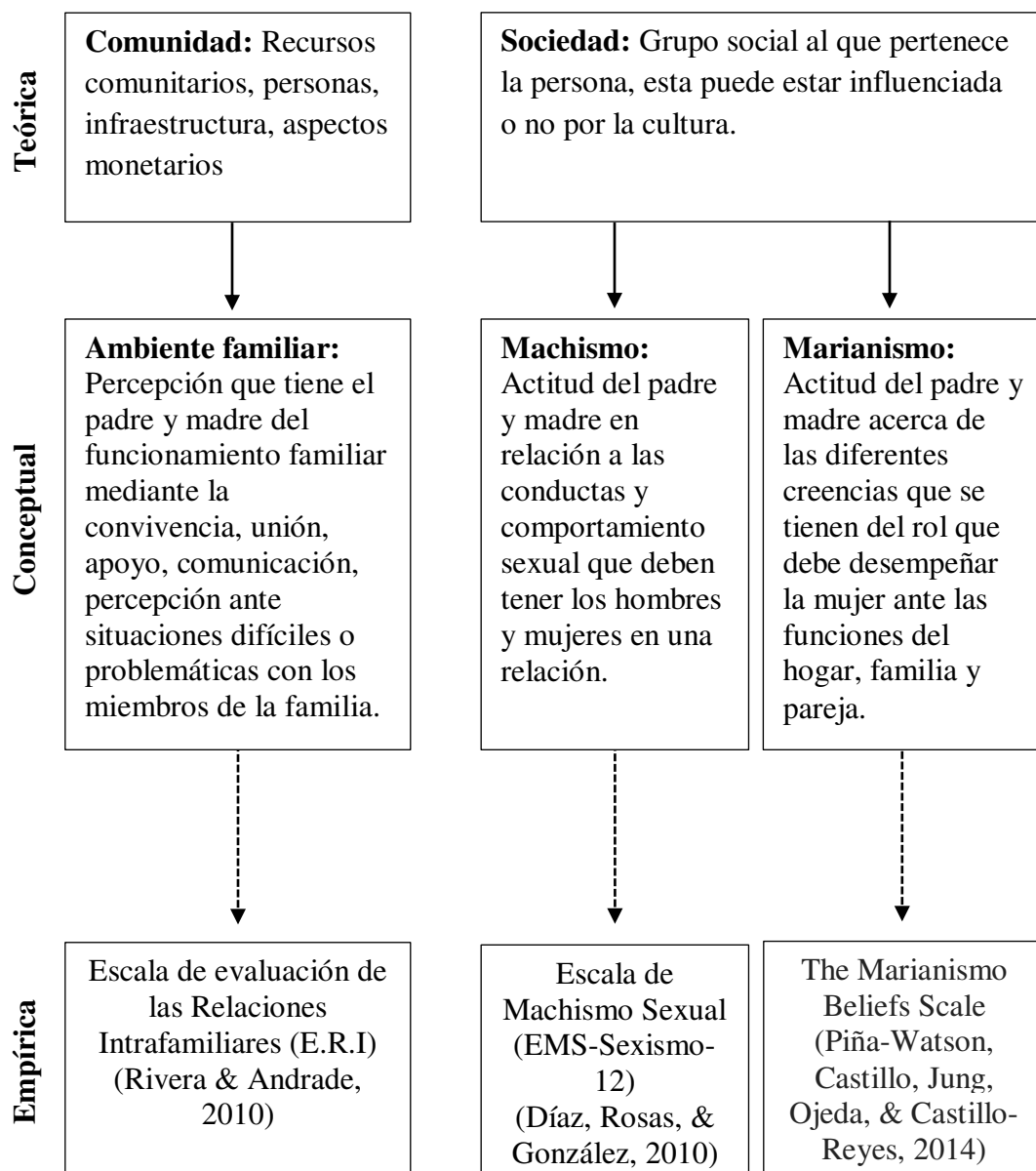


Figura 4. Sustracción teórica de las condiciones de transición tipo social: facilitadores e inhibidores.

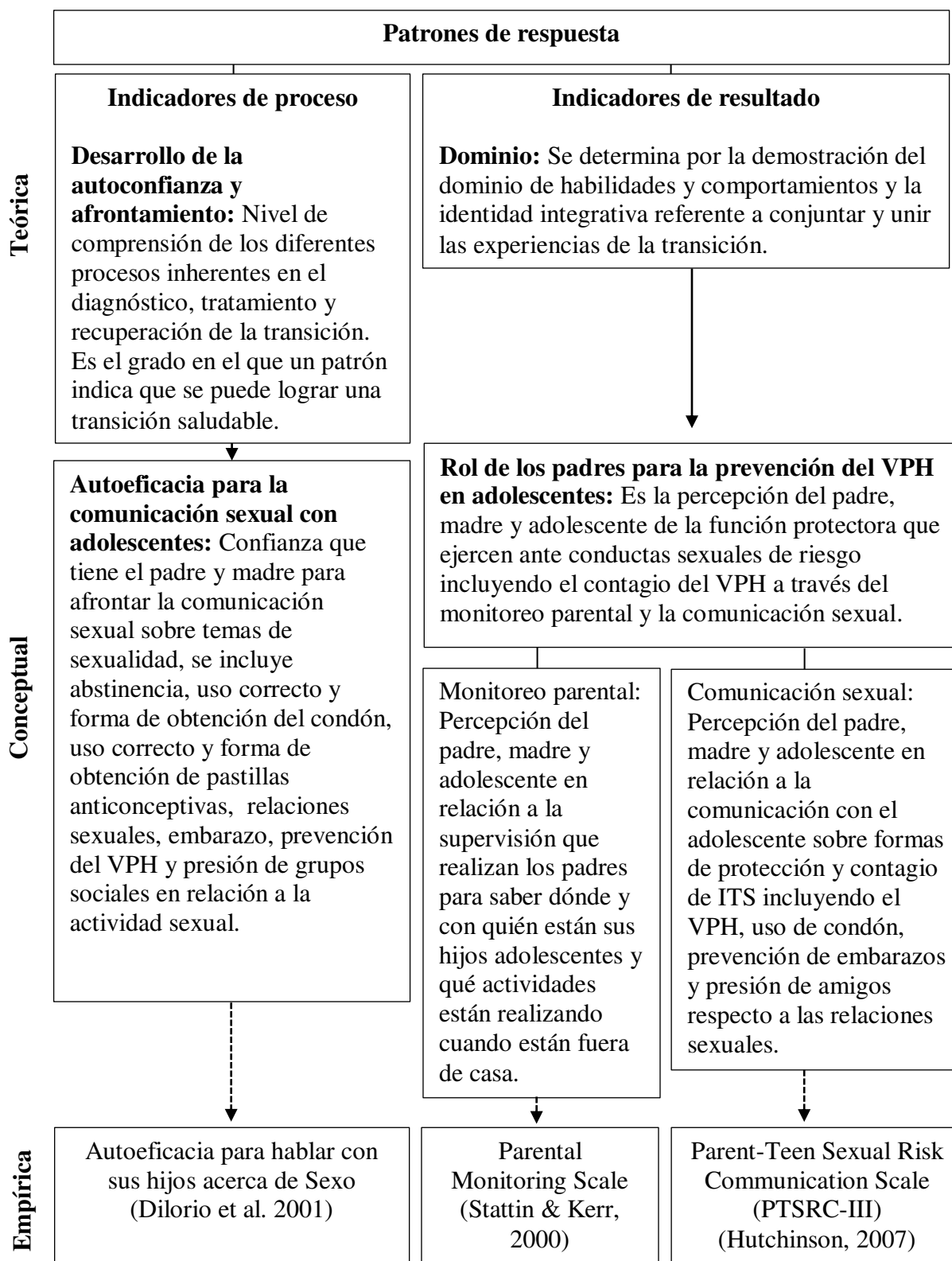


Figura 5. Sustracción teórica de los patrones de respuesta: indicador de proceso y resultado.

Estudios relacionados

A continuación se describen estudios relacionados que aportan evidencia a las variables del modelo propuesto, tales como conocimiento acerca del VPH, riesgo percibido para contraer VPH, actitud hacia la prevención del VPH, ambiente familiar, machismo, marianismo, autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes y rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes.

Conocimiento acerca de VPH

Osazuwa-Peters et al. (2015) realizaron un estudio en la ciudad de San Luis, Misuri, Estados Unidos, en el que participaron 182 hombres, el 50% de ellos había escuchado hablar del VPH, en cambio de las 105 mujeres que participaron, el 74.3% había escuchado hablar del VPH, de tal manera que establecieron que las mujeres tienen mayor conocimiento que los hombres. Además encontraron que había relación de la percepción de riesgo de contraer VPH con el conocimiento ($r = .29, p < .001$).

Marlow, Zimet, McCaffery, Ostini y Waller (2013) llevaron a cabo un estudio en el que participaron 2409 hombres y mujeres de Estados Unidos ($n = 813$), Reino Unido ($n = 799$) y Australia ($n = 797$), el objetivo era medir el conocimiento del VPH en distintas poblaciones. De la población total el 61.1% había escuchado hablar del VPH. De los tres países, las mujeres fueron las que más habían escuchado hablar del VPH comparado con los hombres (Estados Unidos la proporción de probabilidad ajustada $OR = 4.09$, IC 95% = 2.86, 5.85; Reino Unido la proporción de probabilidad ajustada $OR = 2.49$, IC 95% = 1.87, 3.31; Australia la proporción de probabilidad ajustada $OR = 3.61$, IC 95% = 2.68, 4.85). La media del número de preguntas que contestaron correctamente respecto al conocimiento acerca del VPH fue de 8.44 ($DE = 3.92$).

En Estados Unidos y Reino Unido las mujeres presentaron mayor conocimiento del VPH que los hombres (Estados Unidos 9.22 comparado con una media de 8.00 en los hombres, $t(615) = 3.57, p < .001$; Reino Unido 8.53 comparado con una media de 7.74 en los hombres, $t(402) = 1.99, p = .04$). La media general de conocimiento acerca

del VPH para hombres fue de 7.97 ($DE = 4.20$), no se encontraron diferencias significativas entre los tres países. La media general para mujeres fue de 8.74 ($DE = 3.70$), las mujeres de Estados Unidos fueron las que presentaron más conocimiento seguido de Australia y Reino Unido.

Torrado-Arenas et al. (2017), realizaron un estudio sobre el conocimiento del VPH en padres y madres, el nivel de conocimientos fue bajo en el 44.35%. Respecto a los métodos para prevenir el VPH, el 49.1% reconoció a la citología como el único método para evitar la aparición y solo el 32.2% identificó la vacuna, citología y uso de condón como métodos preventivos.

Strohl et al. (2015) analizaron el conocimiento del VPH en 242 mujeres Afroamericanas, solamente el 37% había escuchado hablar del VPH. Los resultados indicaron que el 73% de las participantes tenían bajo conocimiento acerca del VPH, la media de conocimiento fue de 3.

Los resultados de un estudio realizado por Ghojzadeh et al., (2012) muestran que los padres tenían menor conocimiento del VPH, la media que obtuvieron fue de 4.09 ($DE = 2.8$) y las madres una media de 6.65 ($DE = 3.2$), además, en los padres que tenían mayor edad, el conocimiento era menor ($p < .05$).

Síntesis

Estos datos muestran que el conocimiento acerca del VPH varía de acuerdo al sexo de los padres, así como también, el conocimiento acerca de este virus es poco. La información con la que cuentan los padres no es verídica y completa. Los padres mantienen un énfasis de conocimiento a cualquier tipo de ITS, sin embargo la literatura reporta que no se han centrado al VPH, a pesar de las elevadas cifras de contagio en los adolescentes.

Si bien existe en la literatura nacional e internacional artículos que abordan la temática del conocimiento del VPH, éstos suelen contener información limitada. Las variables de sexo y riesgo hacia el VPH han sido reportadas aisladamente, por lo que

resulta importante analizarlas ya que influyen en el conocimiento que los padres transmiten a sus hijos acerca de temas de sexualidad.

Riesgo percibido para contraer VPH

Osazuwa-Peters et al. (2015) realizaron un estudio en 303 hombres y mujeres adultos, la media de edad fue de 48.1 años ($DE = 12.7$), el 49.2% estaban casados y más del 70% había tenido cuatro o más parejas sexuales. En los resultados muestran que esta variable se relacionó con el conocimiento acerca del VPH ($r = .29, p < .001$). Las personas que tenían menor conocimiento presentaban baja percepción de riesgo de acuerdo al número de parejas sexuales ($r = .74, p < .001$). El conocimiento acerca del VPH y el número de parejas sexuales mostro relación significativa ($r = .21, p < .001$) así como la edad en la que iniciaron relaciones sexuales ($r = .17, p < .001$). Además otro de los resultados que encontraron fue que las personas que consideran que el número de parejas sexuales no incrementa el riesgo de contraer VPH tienen 33 veces más riesgo de contraer VPH que aquellas que tienen bajo conocimiento ($OR = 33.27$; IC 95%= 16.34, 67.74).

Frizzo, Cassanti, Bastos, Damrose, Lina y Silva (2016) analizaron la percepción de riesgo hacia el VPH de 300 estudiantes, el 92.8% indico correctamente que el número de parejas sexuales incrementa el riesgo de contagio del VPH, la mayoría respondió que el contacto genital aumenta el riesgo, sin embargo el conocimiento de las diferentes formas de transmisión fue bajo. El 51% respondió que el condón protege en su totalidad el contagio del VPH, el 36.6% respondió que el condón debe proteger pero no es muy efectivo. Respecto a que si existe peligro de contagio con parejas que tengan VPH y sean asintomáticas, el 88.7% respondió correctamente.

Lambert et al. (2015), realizaron un estudio en Florida en 300 mujeres infectadas por VIH en las cuales fue evaluada la susceptibilidad de contagiarse del VPH. Los resultados mostraron que todas las mujeres perciben susceptibilidad y perciben barreras de contagio del VPH ($R^2 = .116$), explicando la varianza en un 11%.

Portero et al. (2012) llevó a cabo un estudio con padres, la mayoría de ellos, conocen que el mayor riesgo para contraer el VPH es no utilizar el preservativo durante las relaciones sexuales. Se observó que las madres tienen una percepción del riesgo mayor de 71.64% (IC 95% = 64.01, 79.27) respecto a los padres, que fue del 46.15% (IC 95% = 35.09, 57.22).

Herrera et al. (2013), encontraron que la percepción de riesgo de los padres se incrementó después de una intervención en la cual se brindaba información acerca del VPH, incluyendo las distintas formas de contagio. Esta percepción fue mayor en padres ($p < .001$), así como en aquellos que tenían antecedentes de contagio de ITS. Otro de los resultados muestra que la percepción de riesgo estuvo asociada con el número de parejas sexuales. En cuanto al conocimiento del VPH y la percepción de riesgo, se encontró que los padres que presentaron índices medios y altos de conocimiento del VPH perciben mayor riesgo ($p = .01$).

Síntesis

El riesgo percibido de los padres de contraer VPH, ha sido asociado a experiencias previas durante su juventud e incluso durante su adultez. Los estudios muestran que el riesgo se puede relacionar con el conocimiento del VPH y con diversos aspectos que incrementan el riesgo de contagio ante este virus, principalmente asociado a conductas sexuales de riesgo. Cabe señalar que la literatura concurrentemente hace énfasis en el VIH y no en el VPH. Si bien los padres tuvieran esa consistencia de percepción de riesgo, podrían trasmitirla a sus hijos, siempre y cuando se establezca la comunicación sobre temas de sexualidad, en donde el rol de los padres será importante para la prevención del VPH.

Actitud hacia la prevención del VPH

Ghojzadeh et al. (2012) en un estudio realizado en padres, analizaron las actitudes a través de preguntas de conciencia, una parte era en relación a los peligros de la infección del VPH y la otra parte fue sobre las diversas formas de transmisión. La

evaluación de los resultados mostró el conocimiento de los padres acerca de los peligros del VPH fueron superiores a las formas de transmisión, en cambio las madres tenían más conocimiento de ambas partes.

En un estudio realizado por Benítez, Lorenza y Martínez (2016) analizaron las actitudes de los indígenas frente a la prevención del VIH/sífilis. Los resultados mostraron que del total de la muestra, 99 indígenas (50.94%) reportaron una actitud negativa hacia la prevención y protección contra el VIH/sífilis, pues creen que es difícil contagiarse aun cuando no se protegen ante tal ITS. Por otra parte, la actitud frente al uso del preservativo fue más positiva en hombres que en mujeres, el 52.34% de los hombres refirieron estar totalmente de acuerdo en que ellos deben comprar el preservativo, mientras que el 46.26% de las mujeres contestaron estar en desacuerdo. En base a otro aspecto de prevención, tanto hombres como mujeres (57.94%) asumieron una actitud negativa ante la fidelidad y la monogamia.

Marek et al. (2011) realizaron un estudio para conocer la actitud de 1769 adolescentes respecto a la vacuna del VPH, el 75% de los participantes tuvieron actitudes positivas al aceptar la inmunización, ya que el 84% reconocía que era una estrategia temprana de prevención contra el cáncer cervical.

Síntesis

Respecto a la actitud de los padres hacia la prevención del VPH, existe poca evidencia ya que la mayoría de la información respecto a los padres se encuentra vinculada con la vacunación contra este virus en la cual se analizan riesgos, costos y efectos adversos de la vacuna. La actitud hacia la prevención del VPH puede relacionarse con el conocimiento del virus y en base a ello, determinar una actitud positiva o negativa. Ante la literatura existente, resulta importante analizar la actitud que los padres tengan en función de la prevención del VPH, si bien existen datos en relación a la vacuna, es importante analizar otros aspectos que pueden estar vinculados e incluso determinar si la actitud será de riesgo o prevención del VPH.

Ambiente familiar

Sotomayor-Peterson, Pineda-León y Valenzuela-Medina (2016) analizaron la relación familiar de los adolescentes con los padres, la muestra fue de 118 adolescentes mexicanos que provenían de una familia nuclear. Los reportes de los hijos sobre su relación con los padres cambia de acuerdo al sexo del padre, a través de un análisis univariado, los resultados confirmaron diferencias significativas en relación al nivel de compañía e intimidad con la madre ($p = .16$), reporte de co-crianza en la niñez ($p = .28$), y reporte de familismo ($p = .33$). Tanto hombres como mujeres reportan niveles de intermedios a elevados en compañía e intimidad con la madre y con el padre (rango de la medición es 0 a 4). Los hombres en relación a la compañía e intimidad con la madre obtuvieron una media de 2.4 ($DE = .96$) y con el padre, se obtuvo una media de 2.2 ($DE = .85$), las mujeres, respecto a la compañía e intimidad con la madre obtuvieron una media de 2.9 ($DE = .72$) y con el padre, una media de 2.4 ($DE = .85$).

Oliva, Parra y Sánchez (2002), analizaron el papel que juegan las relaciones familiares en los adolescentes, la muestra se conformó por 221 hombres y 292 mujeres con edades de 13 a 19 años, la media de edad fue de 15.43 ($DE = 1.19$). Primeramente los autores llevaron a cabo un análisis factorial de las variables referidas a las relaciones familiares, las variables fueron control, afecto, cohesión, adaptabilidad, comunicación y conflictos, el único factor que se extrajo fue el de apoyo parental explicando en 50.2% la varianza. En las mujeres el apoyo se mantiene constante conforme van creciendo ($p = .91$), sin embargo en los hombres el descenso es bastante significativo ($p < .001$). En relación al apego con los padres se produjo un incremento ligero entre los 13 y 15 años, sin embargo no es muy significativo, en mujeres ($p = .04$) y en hombres ($p = .05$). Al relacionar el apego con el apoyo parental, se obtuvo una correlación altamente significativa siendo más elevada en los hombres ($r = .31, p < .001$) que en las mujeres ($r = .27, p < .001$), lo que indica que los adolescentes tienen buena relación con sus padres.

Síntesis

Las relaciones familiares son el núcleo para el desarrollo de la convivencia con el adolescente, existen diversos factores que determinan el ambiente familiar como lo es la convivencia, la comunicación y el apoyo entre los miembros de la familia. Existe poca evidencia de la relación de ambiente familiar con las conductas sexuales del adolescentes, sin embargo, la literatura es consistente en mencionar la importancia de los padres en el desarrollo de los hijos de acuerdo a las necesidades que presentan conforme avanza su edad, como lo es la adolescencia.

Machismo

Álvarez (2012) en un estudio con población latina mostró que las normas de estereotipo de género ($F_{[1, 219]} = 9.02, p = .003$) influyen en la comunicación en salud sexual ($\beta = -0.20, p = .003$). Los estereotipos del hombre proveedor y la mujer cuidadora, rigen la relación de la pareja donde son las mujeres quienes perciben más esta asociación ($p < .001$). Otro dato es que el machismo predice la comunicación sexual ($\beta = -0.29, p = .002$), se asocia con la sensación de poder y dominio en la relación ($\beta = -0.70, p < .001$) con el uso del condón.

En un estudio realizado por Cinelli, Ferre y McElmurry (2008), señalaron que la relación de pareja se centra alrededor del hombre, en donde el hombre machista espera que la mujer haga todo por él. El hombre no permite que la esposa trabaje fuera del hogar ya que su lugar está en la casa y que deben aceptar y perdonar las infidelidades de sus esposos; además, la influencia de la socio-cultura (marianismo y machismo) les impide el uso o solicitud del condón a su pareja, además de hablar de cuestiones de sexo (Hernandez, Zule, Karg, Browne, & Wechsberg, 2012).

Cianelli, et al. (2008) realizaron un estudio cualitativo acerca de los factores socioculturales que influyen en el contagio de VIH en mujeres chilenas. Participaron 50 mujeres, la media de edad fue de 31 años ($DE = 9.7$). La mayoría de las participantes refirió que el significado de machista eran los hombres que se creían superiores. El 40%

de las mujeres creían que estaban en riesgo de contraer el VIH debido al comportamiento de su pareja por la falta de uso del condón, infidelidad, consumo de drogas no inyectables y / o consumo diario de alcohol que puede resultar en comportamientos sexuales de riesgo. Las mujeres mencionaron que la mayoría de los hombres no se sienten en riesgo de contraer el VIH porque creen que es algo que le sucede a otras personas pero no a sí mismos, además la infidelidad masculina, es culturalmente aceptada, los hombres deberían tener más de una pareja sexual, aunque no es justificada o tolerada por la mayoría de las mujeres. Además muchas de las mujeres enseñan a sus hijos a seguir conductas machistas.

Síntesis

La influencia sociocultural del machismo en regiones del centro y sur de América es latente. Las premisas socioculturales indican que la mujer se debe mantener virgen y que el hombre es superior a la mujer (machismo). Las conductas de riesgo que se asocian con mayor frecuencia con el machismo son el tener múltiples parejas sexuales y no usar condón. Por tanto si los padres transmiten ese tipo de pensamiento a los hijos, estarán involucrados en prácticas de riesgo sexual e incrementaría el contagio del VPH. Cabe mencionar que la mayoría de los estudios son de tipo cualitativo, por lo que resulta necesario llevar a cabo investigación cuantitativa referente a la variable machismo y analizar los factores que estén involucrados con esta variable.

Marianismo

Jezzini (2013) a través de un estudio cualitativo analizó la percepción del marianismo en mujeres latinas. Un hallazgo significativo fue la relación significativa entre el marianismo y la satisfacción de las latinas con sus rasgos marianistas. Un mayor marianismo indicaba mayor satisfacción, o menor percepción de conflictos, con sus rasgos marianistas.

Carranza (2013) llevo a cabo un estudio acerca del impacto de las creencias culturales en diversas mujeres de acuerdo a su cultura, los resultados muestran que un

valor sumamente importante es la castidad femenina, siendo un valor que debe permanecer siempre, la obediencia y el respeto son valores consecuentes. Estos datos dejan ver el impacto del marianismo en la sociedad, en el cual las mujeres son las responsables de llevar a cabo una sexualidad responsable, de tal manera que el hombre puede tener conductas sexuales de riesgo sin consecuencia social alguna.

Síntesis

El factor sociocultural denominado marianismo sigue predominando en la forma de ser de las mujeres, se considera que ellas son el centro del hogar, además, son las personas que deben atender las necesidades de los hijos y pareja, deben ser abnegadas, en ámbitos sexuales, una mujer considerada marianista, debe ser virgen hasta el matrimonio, tener una sola pareja sexual, entre otros aspectos, en cambio en el hombre esas características no se toman en cuenta, lo cual puede ser un factor de riesgo sexual. Si tales conductas marianistas son transmitidas a los hijos, de igual manera ellos pueden llevar a cabo conductas sexuales que los pongan en riesgo. Existe poca evidencia de investigación cuantitativa en relación a esta variable, ya que la información existente está en función de relatos de mujeres marianistas, de tal manera que su estudio es relevante para analizar la relación que tiene con el rol de los padres para prevenir conductas sexuales de riesgo como es el contagio del VPH.

Autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes

Castillo et al. (2015), reportaron que una pequeña proporción de padres se interesa en que sus hijos tengan la mejor información en aspectos de sexualidad, los temas en los cuales los padres se centran es en prevenir ITS-VIH/Sida y embarazos no deseados.

Kaljee, Minh, Lerdboon, Green, Riel y Pham (2012) llevaron a cabo un estudio en Vietnam, la muestra se conformó de 185 padres con hijos que tenían entre 15 y 20 años de edad. Uno de los objetivos fue medir la comunicación sexual mediante tres aspectos, comunicación sexual de padres a hijos, frecuencia al hablar y nivel de confort

al hablar de sexualidad. La comunicación de padres a hijos en un rango de la escala de 14-56, fue de 36.8-39.3, $p < .001$, lo que indicaba que los padres comunican poco o algo de información a los hijos. Respecto a la frecuencia para hablar padres e hijos, el rango de la escala que se manejo fue de 0-18, obteniendo en sus resultados un rango de 7.7-11.0, indicando que no muy frecuentemente hablan con los hijos, por último, los resultados del nivel de confort al hablar de sexualidad, se manejó un rango de 0-18, en el cual se obtuvo un rango de 9.7-11.6, lo que indicaba que los padres no se sienten muy cómodos al hablar de sexualidad con los hijos.

Lehr, Demi, Dilorio y Facteau (2005), examinaron los predictores de comunicación de padres a hijos en temas sexuales. La muestra fue de 155 padres de adolescentes, la media de edad fue de 45.7 años ($DE = 5.8$). Reportaron que la comunicación de padres a hijos(as) se correlacionó con la autoeficacia en comunicación sobre temas de sexo ($r = .45$), la frecuencia de comunicación del padre con el hijo fue alta, la apertura de comunicación sobre temas sexuales de los padres presento una media de 1.96 ($DE = .81$) y el conocimiento de los padres media de 8.05 ($DE = .99$). Los padres también se auto percibieron capaces para compartir información con sus hijos en los siguientes aspectos: en platicar cómo se transmite el Sida obtuvieron una media de 2.98 ($DE = 1.51$), así como el hablar cómo se transmiten las ITS, obtuvieron una media de 2.91 ($DE = 1.30$), la prevención de embarazo obtuvo una media de 2.73 ($DE = 1.34$), el uso de condón durante el sexo obtuvo una media de 2.62 ($DE = 1.44$), la media de autoeficacia para comunicarse sobre temas de sexo fue de 4.20 ($DE = .69$).

Dilorio et al. (2001) midieron la autoeficacia de los padres y su asociación con la comunicación acerca de temas sexuales con los hijos adolescentes, en población afro-americana. La muestra fue de 491 madres con edades entre 25 a 68 años, la media de edad fue de 37.9 años ($DE = 6.9$). El 33 % de las madres estaban casadas, la edad de sus hijos fue de 11 a 14 años, de ellos el 61% eran hombres. Los resultados de autoeficacia entre madres e hijas y entre madres e hijos mostraron que la autoeficacia en

comunicación general se relacionó en discutir temas de sexo con sus hijos de ambos sexos ($r = .32$; $p < .001$). En la prueba para comparación de medias, las madres de hijas expresaron más alto nivel de autoeficacia para hablar de tópicos sexuales con sus hijas, que las madres de hijos varones ($t = 3.43$; $p < .001$).

Síntesis

Para el logro de la autoeficacia que tienen los padres para hablar de temas de sexualidad con sus hijos adolescentes, es necesario que exista una buena comunicación la cual se establecerá si los padres cuentan con herramientas como el conocimiento. Por otra parte otro de los elementos que se encuentra ligado a esta variable es la cultura.

Cuando se cuenta con información sobre sexualidad, las temáticas no se encuentran en relación a la prevención de ITS o VPH sino a la prevención de embarazos, los padres tienden a comunicar con mayor frecuencia a las mujeres ya que tratan de evitar que sus hijas estén embarazadas fuera del matrimonio. En relación a los hijos varones, la autoeficacia de comunicación está en función de comunicar el uso del condón. Estos resultados hacen notar la necesidad de que los padres deben ser autoeficaces al comunicar temas de prevención de ITS y VPH.

Rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes

Atienzo et al. (2011) mediante una revisión sistemática, plantearon como objetivo señalar el impacto de una intervención con padres de familia en el comportamiento sexual de los adolescentes. La población referida en los estudios fue de adolescentes de 10 a 19 años. Los resultados que obtuvieron fue que la comunicación de padres-hijos sobre sexualidad tiene efectos sobre el comportamiento sexual, este hallazgo se encontró en 3 de 6 estudios que planteaban lo mismo. Otros aspectos encontrados en relación a la familia es la percepción que tiene los adolescentes de las reglas impuestas por los padres (2/2), así como también el monitoreo de supervisión hacia el adolescente (1/1) y el apoyo familiar (1/1), cada uno de ellos repercute de manera positiva en el comportamiento sexual de los adolescentes. Lo anterior supone

que los padres que implementan la comunicación como una forma de educación sexual, así como la imposición de reglas, la supervisión y apoyo ayudan como factor protector para que el adolescente tenga un comportamiento sexual sin riesgo.

Monitoreo parental

Ahmadi, Khodadadi, Aminimanesh, Mollazamani y Khanzade (2013), realizaron un estudio transversal para determinar la supervisión de los padres y la relación con compañeros, los cuales serían factores predictivos de las conductas sexuales de riesgo. La población se conformó de 1266 estudiantes de escuelas preparatorias de Teherán, 737 mujeres y 529 hombres con edades de entre 14 y 18 años. De acuerdo con los resultados, el monitoreo parental se relacionó con los compañeros ($r = 12.49, p < .001$), en los hombres se obtuvo una media de 21.29 ($DE = 3.90$) y las mujeres, una media de 23.74 ($DE = 3.08$). Los autores concluyeron que la eficacia del monitoreo parental en relación con las conductas sexuales de riesgo está mediada por la relación que tienen los adolescentes con sus compañeros con conductas de riesgo.

Hidalgo, Garofalo, Kuhns, Kwon y Mustanski (2014), realizaron un estudio en adolescentes para determinar si el monitoreo parental se relaciona con los riesgos sexuales, encontraron altos niveles de monitorización por parte de los padres, además refieren que el monitoreo está fuertemente vinculado con las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes ($p < .05$).

Kincaid, Jones, Sterrett y McKee (2012), realizaron una revisión sistemática de 24 estudios transversales y longitudinales cuya población eran jóvenes con edades de 12 a 17 años. El objetivo fue examinar el género como un moderador del monitoreo parental así como también de los comportamientos de riesgo sexual. La mayoría de los estudios se han realizado en Estados Unidos y Europa. En una muestra de adolescentes (51% europeos-americanos, 36% afro-americanos y 21% hispanos), encontraron que un mayor monitoreo parental se asocia con prácticas sexuales seguras (como el uso del condón) para los hombres pero no para las mujeres. En un estudio longitudinal se

encontró que niveles más bajos de monitoreo parental, estaban asociados con la actividad sexual temprana de los hombres. La revisión sistemática concluyó que el monitoreo parental es un factor predictor sobre una amplia gama de comportamientos sexuales, principalmente entre los adolescentes.

Jones et al. (2012), realizaron un estudio con el propósito de conocer el efecto del monitoreo parental en relación con las conductas de riesgo en los adolescentes (inicio temprano de las relaciones sexuales y el riesgo de contagio por VIH). Se incluyeron 497 estudiantes, con edades de entre 9 y 14 años. En el primer año, los resultados demostraron que el 3.6% de los estudiantes habían tenido relaciones sexuales, este mismo número se incrementó a 17.2% en el cuarto año. Se encontró una diferencia entre la población masculina que reportó tener relaciones sexuales y la población femenina $t(328.87) = 2.46, p < .05$. Al analizarlos después de 4 años, el incremento de la vigilancia de los padres tuvo impacto en los comportamientos de riesgo que se presentaron durante el primer año ($r = -0.72, p < .001$).

Una mayor proporción de estudiantes hombres mayores de 20 años (53.1%) eran sexualmente activos en comparación con las estudiantes de sexo femenino (42.9%). Mediante el análisis de regresión logística múltiple, un alto nivel de monitoreo parental de los padres estuvo asociado con el uso del preservativo en la última relación sexual entre los varones 14 ($OR = 1.56, IC\ 95\% = 1.05, 2.32; p = .03$), en sexo femenino, la asociación no fue estadísticamente significativa ($OR=1.54, IC\ 95\%= 0.71, 3.37; p = .28$).

Morales-Campos, Markham, Fleshler y Fernandez (2012), estudiaron la relación entre el monitoreo parental y la iniciación sexual en 655 estudiantes de origen hispano. Los hallazgos indicaron una asociación significativa entre el monitoreo parental y el inicio de las relaciones sexuales ($OR = 0.52, IC\ 95\% 0.38-0.73; p < .05$), ya que las probabilidades de haber tenido relaciones sexuales disminuyó en un 48% por cada punto aumentado en la puntuación de monitoreo. Finalmente, el estudio demostró que los adolescentes que fueron monitorizados por sus padres retrasaron el inicio de las

relaciones sexuales y que los padres hispanos mostraron un mayor monitoreo sobre las actividades que realizan sus hijos.

Síntesis

El monitoreo parental es un factor que se vincula con el rol de los padres para prevenir conductas sexuales de riesgo como el VPH. Si bien el monitoreo parental se establece bajo el conocimiento, comunicación y socialización con los hijos, también depende de la percepción que tengan los padres de su capacidad para entablar temas de sexualidad con los hijos adolescentes.

Comunicación sexual

Coetzee et al. (2014) analizaron los predictores para la comunicación sexual de padres a hijos, el estudio se llevó a cabo en el sur de África. La muestra se conformó por 353 hombres y 469 mujeres con edad de 16 a 18 años, a través de un modelo de regresión logística univariado analizaron los predictores para la comunicación sexual de padres a hijos, los factores que resultaron significativos fueron los siguientes: el género del adolescente, en donde las mujeres reportaron más altos niveles de comunicación con los padres ($OR = 1.57$, $IC\ 95\% = 1.19, 2.08$) y la violencia fue un alto predictor de la comunicación sexual ($OR = 1.39$, $IC\ 95\% = 1.04, 1.86$). Realizaron un análisis mediante un modelo de regresión logística multivariado, encontraron que la edad del adolescente era un predictor en la comunicación sexual, se analizaron los adolescentes de 17 años o menos y aquellos que tenían más de 18 años, siendo este último grupo el que reportó mayor nivel de comunicación con los padres ($OR = 0.07$, $IC\ 95\% = 0.48, 1.01$).

Ramírez, González, Cavazos y Ríos (2006), realizaron un estudio descriptivo transversal sobre las medidas preventivas para VIH/Sida e ITS en una muestra de 1584 padres de familia con hijos adolescentes del área metropolitana de Monterrey, N.L. Los resultados mostraron que los padres refirieron que se les dificulta comunicarse sobre sexualidad con sus hijos debido a la falta de conocimiento o eficacia (33.3%), pena o vergüenza (28.9%), edad inapropiada (10.4%) o hijo del sexo opuesto (5.9%). Los

padres de mayor escolaridad están de acuerdo en la abstinencia como una medida de prevención en mayor porcentaje, que los de menor escolaridad.

Lehr et al. (2005) estudiaron el conocimiento y comunicación de padres a hijos sobre temas sexuales, en una muestra de 155 padres de adolescentes. Los autores reportaron que el conocimiento sobre Sida y sexo seguro se relacionó significativamente con la educación del padre ($r = .18$; $p < .05$).

Gallegos, Villarruel, Loveland-Cherry, Ronis y Zhou (2008) realizaron un estudio transversal acerca del conocimiento y la comunicación sexual. Dentro de los hallazgos se encontró que los padres reportaron mayores conocimientos relacionados con ITS, VIH/Sida, uso del condón y mayor apertura de comunicación sexual. En cuanto al conocimiento y la comunicación de los padres, se encontraron diferencias significativas, pues los padres tuvieron mayor conocimiento sexual que las madres ($F [1, 788] = 16.19$; $p < .001$). No obstante, aunque los padres tienen mayor conocimiento fueron las madres las que se comunicaron más con sus hijos.

Gallegos, Villarruel, Gómez, Onofre y Zhou (2007), describieron la relación entre el conocimiento y la comunicación sobre temas de sexo con padres y adolescentes mexicanos en una intervención educativa. Se encontraron diferencias significativas, los padres del grupo de intervención tenían mayor conocimiento sexual sobre ITS, VIH/Sida y uso del condón, obteniendo un media de 16.16, los del grupo control obtuvieron una media de 14.92; $t = 7.20$, $p < .001$. Como conclusión los padres refieren dificultad para entablar una comunicación con sus hijos sobre temas sexuales, existiendo diferencias en cuanto al sexo.

Síntesis

En relación a la comunicación sexual, los estudios en su mayoría refieren que los padres comunican sobre ITS en forma general y no puntualizan sobre una ITS en específico, por otra parte la comunicación no es frecuente con sus hijos. En relación al sexo de los padres, son las madres quienes comunican con mayor frecuencia temas de

sexualidad con sus hijos. La escolaridad es una variable que puede estar vinculada a que los padres tengan mayor conocimiento sobre temas de sexualidad y por tanto establecer una mayor comunicación sexual con sus hijos adolescentes. Un aspecto que muestra variabilidad en los resultados de diversas investigaciones, es si el sexo de los hijos determina el que los padres comuniquen más o menos temas de sexualidad.

Definición de términos

El sexo de los padres y adolescente se refiere a la característica biológica del padre, madre y adolescente que diferencia al hombre de la mujer y se expresa en términos de masculino y femenino.

La edad de los padres y adolescente se refiere el número de años cumplidos del padre, madre y adolescente al momento del estudio.

La escolaridad de los padres y adolescentes es el número de años de educación formal reportados por el padre, madre y adolescentes.

El estatus marital es el estado civil del padre y madre, el cual se expresa como casado, soltero, divorciado y unión libre.

El inicio de la vida sexual del adolescente es la percepción del padre y madre acerca de si su hijo (a) adolescente ha iniciado su vida sexual activa. En cuanto al adolescente, es la afirmación o negación acerca del inicio de vida sexual activa.

El hijo (a) adolescente tiene novio (a) es la percepción del padre y madre acerca de si su hijo (a) adolescente tiene o ha tenido novio (a). Respecto al adolescente es la afirmación o negación de tener novio (a).

Los conceptos anteriores fueron medidos mediante la cédula de datos.

El conocimiento acerca del VPH es la información que tiene el padre y madre acerca de los signos y síntomas, métodos de diagnóstico y tratamiento, vías de transmisión y complicaciones potenciales del VPH. La variable fue medida con el Instrumento de Conocimiento y la Conciencia de VPH del Estudiante Universitario

(Yacobi et al., 1999) y con el instrumento de Conocimiento de VPH (McPartland et al., 2005).

El riesgo percibido para contraer VPH es la susceptibilidad percibida del padre y madre de que su hijo adolescente pueda ser contagiado del VPH ante las conductas sexuales de riesgo que el adolescente lleve a cabo. La variable fue medida con el Instrumento de Percepción de riesgo (Lambert L., 2014).

La actitud hacia la prevención del VPH es la postura del padre y madre respecto a la comunicación sexual con su hijo adolescente acerca de la protección, abstinencia y retraso del inicio de las relaciones sexuales de su hijo adolescente para prevenir el contagio de ITS incluyendo el VPH. La variable fue medida con el instrumento de Actitudes acerca de la comunicación sexual (Jemmott, Villarruel, & Jemmott, 2000).

El ambiente familiar es la percepción que tiene el padre y madre de la convivencia, unión, apoyo, comunicación, percepción ante situaciones difíciles o problemáticas con los miembros de la familia. La variable fue medida con la escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I.) (Rivera & Andrade, 2010).

El machismo es la actitud del padre y madre en relación a las conductas y comportamiento sexual que deben tener los hombres y mujeres en una relación. La variable fue medida con la Escala de Machismo Sexual (EMS-Sexismo-12) (Díaz, Rosas & González, 2010).

El marianismo es la actitud del padre y madre acerca de las diferentes creencias que se tienen del rol que debe desempeñar la mujer ante las funciones del hogar, familia y pareja. La variable fue medida con la Escala Creencias de Marianismo (Piña-Watson et al. 2014).

La autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes es la confianza que tiene el padre y madre para afrontar la comunicación sexual sobre temas de sexualidad, se incluye abstinencia, uso correcto y forma de obtención del condón, uso correcto y forma de obtención de pastillas anticonceptivas, relaciones sexuales, embarazo,

prevención del VPH y presión de grupos sociales en relación a la actividad sexual. La variable fue medida con el Instrumento de Autoeficacia para hablar con sus hijos acerca de Sexo (Dilorio et al. 2001).

El rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes es la percepción del padre, madre y adolescente de la función protectora que ejercen ante conductas sexuales de riesgo incluyendo el contagio del VPH a través del monitoreo parental y la comunicación sexual.

El monitoreo parental es la percepción del padre, madre y adolescente en relación a la supervisión que realizan los padres para saber dónde y con quién están sus hijos adolescentes y qué actividades están realizando cuando están fuera de casa. La variable fue medida con la escala Parental Monitoring (Stattin & Kerr, 2000).

La comunicación sexual es la percepción del padre, madre y adolescente en relación a la comunicación con el adolescente sobre formas de protección y contagio de ITS incluyendo el VPH, uso de condón, prevención de embarazos y presión de amigos respecto a las relaciones sexuales. La variable fue medida con la escala Parent-Teen Sexual Risk Communication (PTSRC-III) (Hutchinson, 2007).

Objetivo General

Determinar la relación de los factores facilitadores e inhibidores personales (conocimiento acerca del VPH, riesgo percibido para contraer VPH y actitud hacia la prevención del VPH) y sociales (ambiente familiar, machismo y marianismo) en el indicador de proceso (autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes) y este a su vez con el indicador de resultado (rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes).

Objetivos específicos de los padres

1. Describir el conocimiento acerca del VPH, el riesgo percibido para contraer VPH, la actitud hacia la prevención del VPH, el ambiente familiar, el machismo, el

marianismo, la autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes y el rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes.

2. Describir la relación entre el conocimiento acerca del VPH, el riesgo percibido para contraer VPH y la actitud hacia la prevención del VPH.

3. Identificar la relación del ambiente familiar con el conocimiento acerca del VPH, el riesgo percibido para contraer VPH y la actitud hacia la prevención del VPH.

4. Identificar la relación del machismo con el conocimiento acerca del VPH, el riesgo percibido para contraer VPH y la actitud hacia la prevención del VPH.

5. Identificar la relación del marianismo con el conocimiento acerca del VPH, el riesgo percibido para contraer VPH y la actitud hacia la prevención del VPH.

6. Determinar la relación del conocimiento acerca del VPH, el riesgo percibido para contraer VPH, la actitud hacia la prevención del VPH, el ambiente familiar, el machismo, el marianismo con la autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes.

7. Determinar la relación que existe de la autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes con el rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes.

8. Determinar la relación del conocimiento acerca del VPH, el riesgo percibido para contraer VPH, la actitud hacia la prevención del VPH, el ambiente familiar, el machismo, el marianismo, la autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes en el rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes.

Objetivo específico de los adolescentes

1. Describir la percepción del adolescente respecto al rol de los padres para la prevención del VPH.

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se describe la metodología del estudio. Se presenta el diseño, la población, muestra y muestreo, criterios de inclusión, exclusión, instrumentos de medición y procedimiento de recolección de datos, consideraciones éticas y estrategias de análisis de datos.

Diseño del estudio

El diseño de la investigación fue de comprobación de modelo (Burns & Grove, 2009), el cual se consideró pertinente para dar respuesta al objetivo general orientado a determinar la relación de los factores facilitadores e inhibidores personales (conocimiento acerca del VPH, riesgo percibido para contraer VPH y actitud hacia la prevención del VPH) y sociales (ambiente familiar, machismo y marianismo) en el indicador de proceso (autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes) y este a su vez con el indicador de resultado (rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes).

Población, muestra y muestreo

La población estuvo conformada por padres (parejas integradas por padre y madre) de hijos (as) adolescentes de 14 y 15 años de edad, que cursaban segundo o tercer año de secundaria, incluyendo al mismo adolescente. La recolección fue en seis secundarias públicas de la ciudad de Monterrey, Nuevo León, México.

La muestra fue de 291 parejas integradas por padre y madre y 291 adolescentes. Los parámetros que se consideraron para estimar el tamaño de la muestra a través del programa estadístico nQuery Advisor ® versión (Elasshoft, Dixon, & Crede, 2000) fueron una tasa estimada de no respuesta del 33%, estimado para un nivel de significancia de .05, un Coeficiente de Determinación (R^2) .09, una potencia de prueba de 90% para un modelo de Regresión Lineal Múltiple Univariado con ocho variables. El

muestreo fue por conveniencia. Se invitó a participar en el estudio a los padres y adolescentes, todos aquellos que aceptaron participar fueron incluidos en el estudio.

Criterios de inclusión

Padre o padrastro y madre o madrastra que tuvieran un hijo (a) adolescente que cursara el segundo o tercer año de secundaria. En el caso de que fuera padrastro o madrastra este debería tener como mínimo un año de convivencia con el/la adolescente.

Criterios de exclusión

Padres que tuvieran hijos adolescentes casados, vivieran en unión libre, que tuvieran hijos o estuvieran embarazados.

Instrumentos de medición

Las mediciones se realizaron mediante el llenado a lápiz de instrumentos impresos. Respecto a los padres se incluyó la cédula de datos y ocho instrumentos que midieron las variables propuestas en el presente estudio.

Para los adolescentes se incluyó la cédula de datos y el instrumento que mide la variable de rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes.

Cédula de datos

La cédula de datos para padres contenía los siguientes datos: sexo, edad, escolaridad, estatus marital, hijo (a) con novio (a) e inicio de la vida sexual del adolescente, en estos dos último datos se preguntó a los padres si creen que su hijo (a) tiene o ha tenido novio (a) y si creen que su hijo (a) ha iniciado vida sexual activa (Apéndice A). La cédula de datos del adolescente contenía los siguientes datos: sexo, edad y se preguntó si tiene o tuvo novio (a) y si inició vida sexual activa (Apéndice B).

Para medir las variables de conocimiento acerca del VPH, riesgo percibido para contraer VPH, marianismo, monitoreo parental y comunicación sexual, la versión original del instrumento fue en el idioma inglés por lo que fue necesario realizar el procedimiento de back-traslation. Primeramente se realizó la traducción al español por dos investigadores del área de sexualidad, posteriormente se realizó la traducción al

inglés por tres investigadores expertos en el área de salud y sexualidad, cuyo idioma nativo es inglés.

Conocimiento acerca del VPH

Para mediar la variable de conocimiento acerca del VPH se utilizó la sub-escala de conocimiento del VPH de un instrumento utilizado por Yacobi et al., 1999, la sub-escala está integrada por 14 ítems. Las opciones de respuesta son correcto e incorrecto. El puntaje mínimo es de 0 y el puntaje máximo de 14; a cada respuesta contestada de forma correcta se le asignará un punto y a la incorrecta o que persona señale que no sabe se calificará como 0. Para los ítems 1, 5, 9 y 18 la respuesta correcta es falso. A mayor puntuación indica mayor nivel de conocimiento sobre VPH. Esta sub-escala ha presentado Alpha de Cronbach de .93.

A este instrumento se le adicionaron los ítems 3, 9, 10, 11, 12 del instrumento Knowledge and Perceptions Survey (KAPS) (McPartland, 2005), por considerar que son importantes y enriquecen el concepto de conocimiento acerca del VPH. Este instrumento ha presentado Alpha de Cronbach de .93 (Apéndice C).

Riesgo percibido para contraer VPH

En relación a la variable de riesgo percibido para contraer VPH, se utilizó la sub-escala de Percepciones y Creencias acerca del VPH (Lambert, 2014). La sub-escala está integrada por 6 ítems. Las respuestas se basan en escala tipo Likert de 1 a 5, 1 = muy en desacuerdo y 5 = muy de acuerdo. La respuesta correcta del ítem 5 es muy en desacuerdo. Los rangos de puntuación van de 6 a 30, entre mayor puntuación mayor percepción de riesgo de los padres para que sus hijos puedan contraer el VPH. Esta sub-escala ha presentado Alpha de Cronbach de .64 (Apéndice D).

Actitud hacia la prevención del VPH

Para medir la variable de actitud hacia la prevención del VPH se utilizó el cuestionario Actitudes (Jemmott, Villarruel, & Jemmott, 2000). La escala está integrada por 17 ítems que valoran las actitudes que tiene el padre o madre para hablar con su

hijo(a) adolescente sobre temas de sexo, abstinencia sexual, métodos anticonceptivos y uso de condón. Las respuestas se basan en escala tipo Likert que van de 1 a 5, 1 = completamente en desacuerdo y 5 = completamente en acuerdo. Para los ítems 6, 10, 11, 12, 13, 17 la respuesta correcta completamente en acuerdo.

Los rangos de puntuación van de 17 a 85, entre mayor puntuación mayor actitud negativa para la comunicación sexual y prevención de contagio del VPH. Esta escala ha presentado Alpha de Cronbach de .66 y .68 (Villarruel, Cherry, Cabriaes, Ronis, & Zhou, 2008). El instrumento ha sido validado en población americana y mexicana (Apéndice E).

Ambiente Familiar

En relación a la variable ambiente familiar se utilizó la versión corta de la Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares [E.R.I.] (Rivera & Andrade, 2010). La escala está integrada por 12 ítems los cuales tienen el objetivo de medir la percepción que se tiene del grado de unión familiar, del estilo de la familia para afrontar problemas, para expresar emociones, manejar las reglas de convivencia y adaptarse a las situaciones de cambio. Las respuestas se basan en escala tipo Likert de 1 a 5, 1 = totalmente en desacuerdo a 5 = totalmente de acuerdo. Los rangos de puntuación van de 12 a 60, entre mayor puntuación un alto nivel de buen ambiente familiar. Esta escala ha presentado Alpha de Cronbach de .93 (Apéndice F).

Machismo

Para medir la variable de machismo se utilizó la Escala de Machismo Sexual [EMS-Sexismo-12] (Díaz, Rosas, & González, 2010). La escala está integrada por 12 ítems los cuales tienen la finalidad de evaluar, en hombres y mujeres, el nivel de machismo que presentan, lo cual se considera que puede derivar en conductas de riesgo en salud sexual. Las respuestas se basan en escala tipo Likert de 1 a 5, 1 = totalmente en desacuerdo a 5 = totalmente de acuerdo. Los rangos de puntuación van de 12 a 60, a

menor puntuación menores actitudes machistas. Esta escala ha presentado Alpha de Cronbach de .91 (Apéndice G).

Marianismo

Para medir la variable de marianismo se utilizó la escala Creencias de Marianismo (Piña-Watson et al., 2014). La escala está integrada por 23 ítems que permiten evaluar las diferentes creencias que se tienen del rol que debe desempeñar el hombre y la mujer ante las funciones del hogar, familia y pareja. Las respuestas se basan en escala tipo Likert de 1 a 4, 1 = totalmente en desacuerdo a 4 = totalmente de acuerdo. Los rangos de puntuación van de 23 a 92, entre menor puntuación menor nivel de creencias marianistas. Esta escala ha presentado Alpha de Cronbach .75. El instrumento ha sido validado y adecuado culturalmente en población latina, hombres y mujeres (Apéndice H).

Autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes

En relación a la variable de autoeficacia de los padres para la comunicación sexual con adolescentes se utilizó el instrumento de Autoeficacia para hablar con sus hijos acerca de Sexo (Dilorio et al., 2001). La escala está integrada por 17 ítems que evalúan la confianza del padre o la madre para hablar con sus hijos adolescentes acerca de temas de sexualidad como la prevención de ITS, uso apropiado del condón, relaciones sexuales y posibilidad de embarazo. Las respuestas se basan en escala tipo Likert de 1 a 5, 1 = no estoy totalmente seguro a 5 = completamente seguro. Los rangos de puntuación van de 17 a 85, en donde la puntuación más alta corresponde a un mayor grado de autoeficacia de los padres para discutir con su hijo adolescente temas relacionados con el sexo. Esta escala ha presentado Alpha de Cronbach de .85. El instrumento ha sido validado en población mexicana con padres de adolescentes de un área urbana, en donde se reportó una consistencia interna de .88 (Apéndice I).

Rol de los padres para la prevención del VPH

Para medir el rol de los padres para la prevención de VPH se utilizaron los siguientes instrumentos, versión para padres (Apéndice J) y versión para adolescentes (Apéndice K):

Monitoreo Parental

En relación a la variable de monitoreo parental medida en padres y adolescentes, se utilizó la escala de Parental Monitoring (Stattin & Kerr, 2000). La escala está integrada por 6 ítems que se utilizan para saber dónde y con quienes están los jóvenes y en qué actividades están participando. Las respuestas se basan en escala tipo Likert de 1 a 5, 1 = nunca, 2 = rara vez, 3 = algunas veces, 4 = frecuentemente y 5 = muy frecuentemente. Los rangos de puntuación van de 6 a 30, de tal manera que una mayor puntuación refleja un mayor nivel de monitoreo parental. Esta escala ha presentado Alpha de Cronbach de .82.

Comunicación Sexual

En relación a la variable de comunicación sexual medida en padres y adolescentes, se utilizó la escala Parent-Teen Sexual Risk Communication (PTSRC-III) (Hutchinson, 2007). La escala está integrada por 8 ítems que evalúan la comunicación sexual que tienen los adolescentes con el padre o madre específicamente sobre temas relacionados con ITS, VIH/SIDA, uso de condón, prevención de embarazos y presión de pares. Las respuestas se basan en escala tipo Likert de 1 a 5, 1 = nada, 2 = poco, 3 = algo, 4 = no mucho y 5 = mucho. Los rangos de puntuación van de 8 a 40, de tal manera que una mayor puntuación refleja mayor comunicación sexual. Esta escala ha presentado Alpha de Cronbach de .87.

Para todos los instrumentos los valores mínimos y máximos se transformaron a índices con valores de 0 a 100 donde a mayor puntaje mayor presencia de la variable.

Procedimiento de recolección de datos

Para la realización del presente estudio se solicitó la aprobación de los comités de Investigación y de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad

Autónoma de Nuevo León (UANL). Posteriormente se pidió autorización de los directivos de seis secundarias públicas del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León.

Para la aplicación de los instrumentos a los padres se realizaron dos procedimientos, el primero consistió en citar a los padres mediante una junta de firma de calificación de alumnos de segundo y tercer año de secundaria, en esa misma junta se habló con los padres de familia sobre aspectos de la investigación en donde se les dio a conocer el objetivo del estudio. Una vez que se realizó esa explicación, a los padres de familia que aceptaran participar se les entregó dos encuestas una para padre (padrastro) y otra para madre (madrastra) las cuales fueron recogidas por medio del adolescente al acudir a la secundaria. El control de las encuestas se realizó mediante listas de alumnos en las cuales se marcó o subrayó el nombre del hijo adolescente que los padres reportaban.

Una vez que los padres respondieron las encuestas y eran regresadas por medio del hijo adolescente y que autorizaban la participación de sus hijos, se procedió a aplicar la encuesta al adolescente y colocar un folio por familia para los posteriores análisis. Por otra parte, otro de los procedimientos que se llevó a cabo fue entregar a cada adolescente de segundo y tercer año de secundaria, dos encuestas para que ellos las entregaran a los padres de familia. Para considerar y cuidar aspectos éticos, a aquellos adolescentes que vivieran solo con padre o madre, se les entregaba una encuesta, sin embargo para fines del estudio no se incluyeron en los análisis. Se dio como margen de entrega de 2 a 4 días para que los padres tuvieran oportunidad de contestar; por otra parte, si los padres autorizaban la participación de su hijo (a) adolescente, se les entregaban las encuestas para que las respondieran en el aula y al terminar de responderlas se recogían por el investigador principal.

Para corroborar que los padres contestaran las encuestas y no los adolescentes, se les solicitó dentro de la cédula de datos, el teléfono de tal manera que se le hablaba a

cada uno para verificar que habían contestado ellos las encuestas. En todo momento se cuidó la privacidad del adolescente, por lo que para el llenado de las encuestas se solicitó un aula distinta, para que no existieran distractores como ruido y temor a que el resto de los compañeros pudiera saber sus respuestas. Ninguno de los adolescentes tuvo repercusión académica.

Consideraciones éticas

Para la realización del estudio se tomó en cuenta lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SSA], 1987) de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

Conforme al Título Segundo, de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I, Artículo 13 que estipula el respeto a la dignidad y protección de los derechos y bienestar; se respetó a los participantes en el estudio de investigación mediante el establecimiento de la privacidad de la información y anonimato de su participación ya que los cuestionarios serán llenados en un medio en el que el/la participante se sienta cómodo (a) y tranquilo(a), en un aula de la institución o en el domicilio particular .

En lo referente al Artículo 14, Fracción V y el Artículo 20 y 21, Fracciones I, II, VI, VII y VIII y IX y Capítulo III, De la Investigación en menores de edad, Artículo 35 y 36 se entregó por escrito un consentimiento informado (Apéndice L) a los padres que decidieron participar y que autorizaron la participación de su hijo adolescente que cursaba el segundo o tercer año de secundaria así como un asentimiento al adolescente (Apéndice M). Este documento explicó el propósito, los criterios de selección de los participantes y el procedimiento. Además se estableció con claridad que la participación en el estudio era voluntaria y que si los participantes decidían retirarse no tendrían ninguna sanción ni repercusión.

Para el cumplimiento del Artículo 14, Fracción VIII, el estudio de investigación fue sometido a los comités de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León para que pueda ser implementado.

Con respecto al Artículo 16 referente a la protección de la privacidad y confidencialidad de los participantes, es importante destacar que aunque se solicitó el teléfono particular o de celular de los padres, la información solo fue utilizada por el investigador principal, por lo que la información no fue expuesta con los demás participantes, autoridades de la institución o demás padres.

De acuerdo al Artículo 17, se considera un estudio de riesgo mínimo, ya que se trataron aspectos de opinión en el hijo adolescente respecto a funciones de los padres, con los padres se trataron aspectos conductuales y de opinión acerca del rol de los padres para prevenir el VPH en adolescentes.

Conforme al Capítulo V, de la Investigación en Grupos Subordinados, Artículo 57, la población de adolescentes de una secundaria son consideradas como grupo subordinado ya que son estudiantes. De acuerdo al Artículo 58, Fracción I y II, se le informó que no habría repercusión alguna en situaciones escolares o de cualquier índole en caso de no aceptar participar y si deseaban retirarse sería de la misma manera.

En lo que respecta al Título Quinto, de las Comisiones Internas en las Instituciones de Salud, Capítulo Único, Artículo 98, las secundarias públicas que fueron contempladas para el estudio de investigación, se consideraron como unidades orgánicamente estructuradas para llevar a cabo el estudio de investigación.

Estrategia de análisis de los datos

El análisis y captura de los datos se realizó mediante el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 20. En primer término se utilizó la prueba de Kolmogorov Smirnov con corrección de Lilliefors para determinar la distribución de los datos.

Para dar respuesta al primer objetivo específico de padres que planteaba describir el conocimiento acerca del VPH, el riesgo percibido para contraer VPH, la actitud hacia la prevención del VPH, el ambiente familiar, el machismo, el marianismo, la autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes y el rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes se utilizó estadística descriptiva para obtener frecuencias absolutas y porcentajes para las variables categóricas y medidas de tendencia central y variabilidad para las variables numéricas. El análisis por objetivos de cada una de las variables se realizó con los datos de padres y madres por separado, así como de manera global considerando el promedio de ambos.

Para la estadística inferencial se utilizó la prueba no paramétrica de correlación de Spearman, debido a que los datos no presentaron normalidad. Para cumplir con el objetivo general del estudio que planteaba determinar la relación de los factores facilitadores e inhibidores personales (conocimiento acerca del VPH, riesgo percibido para contraer VPH y actitud hacia la prevención del VPH) y sociales (ambiente familiar, machismo y marianismo) en el indicador de proceso (autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes) y este a su vez con el indicador de resultado (rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes), se utilizó una prueba de regresión lineal múltiple univariada. Debido a que se utilizó estadística no paramétrica y para cumplir con el supuesto del Modelo de Regresión Lineal, se aplicó el contraste bootstrap a cada uno de los modelos analizados.

Capítulo III

Resultados

En el presente capítulo se muestran las características sociodemográficas de los padres (padre y madre) y adolescentes, presentados en ese orden. Posteriormente se muestra la estadística descriptiva de las variables de estudio de padres y adolescentes, así como el análisis inferencial para dar respuesta a los objetivos del estudio.

Características sociodemográficas de padres

La muestra estuvo constituida por 582 padres (291 padres y 291 madres) con hijos adolescentes que cursaban el segundo y tercer año de secundaria. La recolección de la muestra se realizó en seis escuelas secundarias públicas del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León. El 85.6% de los padres eran casados y el 14.4% señalaron estar en unión libre.

Padres

La edad de los padres fue de 40.43 años en promedio ($DE = 6.45$), la escolaridad que predominó fue secundaria completa (73.77%) con una media de 10.17 ($DE = 2.94$). El 83.2% respondió que su hijo (a) no ha tenido novio (a) y el 99.3% que su hijo (a) no ha iniciado vida sexual activa (Tabla 1).

Madres

La edad de las madres fue de 39.69 años en promedio ($DE = 5.94$), la escolaridad que predominó fue secundaria completa (85.61) con una media de 9.55 ($DE = 2.71$). El 75.3% respondió que su hijo (a) no ha tenido novio (a) y el 100% que su hijo (a) no ha iniciado vida sexual activa (Tabla 1).

Características sociodemográficas de adolescentes

En la tabla 2 se muestran las características sociodemográficas de los 291 adolescentes participantes en el estudio. Predominó el sexo femenino (56%). La mayoría de los adolescentes tenía 14 años de edad con una media de 13.59 ($DE = .58$). El 61.7% de los adolescentes masculinos y el 58.3% de adolescentes femeninas cursaban el tercer

año de secundaria. El 99.2% de los adolescentes masculinos y el 98.2% de las adolescentes viven con sus padres biológicos (madre y padre), el resto con padrastro y madre. El 58.6% de los adolescentes masculinos tiene novia y el 41.7% de las adolescentes tiene novio. La mayoría de los adolescentes tanto masculinos (95.3%) como femeninas (99.4%) no han iniciado vida sexual activa.

Tabla 1

Escolaridad de los padres

Características	<i>Padre</i>		<i>Madre</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Primaria				
Incompleta	11	39.29	9	19.15
Completa	17	60.71	38	80.85
Secundaria				
Incompleta	32	26.23	20	14.39
Completa	90	73.77	119	85.61
Preparatoria				
Incompleta	27	29.03	18	24.65
Completa	66	70.97	55	75.35
Licenciatura				
Incompleta	8	16.66	7	21.87
Completa	40	83.44	25	78.13

Nota: n = 582

Tabla 2

Características sociodemográficas de los adolescentes

Características	<i>Masculino</i>		<i>Femenino</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Sexo	128	44.0	163	56.0
Edad				
13 Años	56	43.8	77	47.2
14 Años	65	50.8	78	47.9
15 Años	7	5.5	8	4.9
Escolaridad				
Segundo año	49	38.3	68	41.7
Tercer año	79	61.7	95	58.3
Adolescente vive con				
Padres biológicos (madre y padre)	127	99.2	160	98.2
Padrastro y madre	1	0.8	3	1.8

Nota: n = 291

Estadística descriptiva de las variables de estudio de padres

A continuación se presenta la estadística descriptiva de cada una de las variables de estudio analizadas en los padres. Para dar respuesta al objetivo uno donde se señala describir el conocimiento acerca del VPH, el riesgo percibido para contraer VPH, la actitud hacia la prevención del VPH, el ambiente familiar, el machismo, el marianismo, la autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes y el rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes, se muestran los siguientes resultados:

En la tabla 3 se observan los resultados del *conocimiento de los padres acerca del VPH*. En la mayoría de los reactivos los padres respondieron incorrectamente, algunos aspectos en los que predominó la información incorrecta fueron los siguientes: la mejor manera de prevenir las complicaciones causadas por el VPH es tener pruebas regulares de Papanicolaou, si la prueba de Papanicolaou de una mujer es normal, ella no tiene el VPH, las pruebas de Papanicolaou casi siempre detectan el VPH. En relación al conocimiento de la vacuna como una de las formas de prevención del VPH en adolescentes, se encontró que el 75.1% de los padres reconocen esta estrategia como una forma de prevención ante el virus.

En el apéndice N se muestran los resultados del conocimiento acerca del VPH de acuerdo al sexo de los padres.

Tabla 3

Conocimiento de los padres acerca del Virus del Papiloma Humano

Reactivos	Correcto		Incorrecto	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
El VPH es el virus que causa el herpes	247	42.4	335	57.6
Las verrugas genitales son causadas por el VPH	356	61.2	226	38.8
El VPH es el virus que puede causar cáncer de cuello uterino	445	76.5	137	23.5
La mejor manera de prevenir las complicaciones causadas por el VPH es tener pruebas regulares de Papanicolaou	40	6.9	542	93.1
Si la prueba de Papanicolaou de una mujer es normal, ella no tiene el VPH	92	15.8	490	84.2

Nota: $n = 582$

(continúa)

Tabla 3

Conocimiento de los padres acerca del Virus del Papiloma Humano (continuación)

Reactivos	Correcto		Incorrecto	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Los cambios en una prueba de Papanicolaou pueden indicar que una mujer tiene el VPH	515	88.5	67	11.5
Las verrugas genitales son causadas por el virus del herpes	387	66.5	195	33.5
El VPH puede causar cáncer oral (boca y labios) y orofaríngeo (orofaringe)	209	35.9	373	64.1
Las pruebas de Papanicolaou casi siempre detectan el VPH	61	10.5	521	89.5
Los síntomas de VPH son crecimientos verrugos	274	47.1	308	52.9
Si no se trata, el VPH puede causar pre-cáncer o displasia cervical	327	56.2	255	43.8
El sexo antes de los 16 años así como el sexo oral-genital, aumentan el riesgo de contraer VPH	306	52.6	276	47.4
Las múltiples parejas sexuales aumenta el riesgo de contraer VPH	477	82.0	105	18.0
Que su pareja tenga muchas parejas sexuales aumenta el riesgo de contraer VPH	495	85.1	87	14.9
Una prueba negativa para VPH significa que usted ni tiene VPH	348	59.8	234	40.2
Existe una vacuna para prevenir infecciones de VPH	437	75.1	145	24.9
La mayoría de las personas que tienen VPH no presentan signos ni síntomas	207	35.6	375	64.4
Tener un tipo de VPH significa que usted no puede adquirir nuevos tipos de virus	292	50.2	290	49.8
Yo puedo transmitir el VPH a mi(s) pareja(s) aun si no tengo síntomas de VPH	354	60.8	228	39.2

Nota: $n = 582$

Respecto al *riesgo percibido para contraer VPH*, los reactivos en su mayoría obtuvieron una media mayor a 3, lo que significa que los padres tienden a estar de acuerdo y muy de acuerdo en que sus hijos son susceptibles de contraer VPH (Tabla 4). Por ejemplo, en relación a la vacuna los padres perciben que si su hijo se vacuna contra el VPH no está en riesgo de contraer este virus. Los resultados de acuerdo al sexo de los padres se presentan en el apéndice Ñ.

Tabla 4

Riesgo percibido de los padres para contraer Virus del Papiloma Humano

Reactivos	Global		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Si mi hijo (a) está vacunado contra el VPH no está en riesgo de contraerlo	3.37	4	1.18
Puesto que mi hijo (a) es estudiante, es una población altamente en riesgo para contraer el VPH	3.15	3	1.26
Si mi hijo (a) se involucra en relaciones sexuales sin protección está en riesgo de contraer el VPH	4.20	4	1.03
Si mi hijo (a) no está vacunado, está en riesgo de contraer el VPH	3.97	4	1.10
Si mi hijo (a) se involucra relaciones sexuales protegidas no está en riesgo de contraer el VPH	3.30	3	1.23
Si mi hijo (a) no utiliza condón en una relación sexual no se protege contra el VPH	3.85	3	1.17

Nota: $n = 582$; *M*=Media; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación estándar; 1 = Muy en desacuerdo; 2 = En desacuerdo; 3 = Neutral; 4 = De acuerdo; 5 = Muy de acuerdo.

En relación a la *actitud hacia la prevención del VPH*, en la mayoría de los reactivos se obtuvieron medias entre 1 y 2, lo cual significa que los padres tienen baja percepción de actitudes negativas hacia la prevención del VPH (Tabla 5). Los resultados de acuerdo al sexo de los padres se encuentran en el apéndice O.

Tabla 5

Actitud de los padres hacia la prevención del Virus del Papiloma Humano

Reactivos	Global		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Me da mucha vergüenza hablar con mi hijo(a) acerca de sexo	2.12	2	1.16
Mi hijo (a) es demasiado joven para hablarle sobre sexo	2.65	2	1.46
Parecería que estoy animando a mi hijo (a) para que tenga relaciones sexuales, si le hablo de sexo	1.99	2	1.09
Mi hijo(a) ya tiene suficiente conocimiento sobre sexualidad y no necesito hablar con él/ella sobre sexo	1.96	2	1.09
En mi familia no se habla de sexo	1.97	2	1.05

Nota: $n = 582$; *M* = Media; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación estándar; 1 = Completamente en desacuerdo; 2 = Desacuerdo; 3 = Ni en desacuerdo ni en acuerdo; 4 = De acuerdo; 5 = Completamente en acuerdo.

(continúa)

Tabla 5

*Actitud de los padres hacia la prevención del Virus del Papiloma Humano**(continuación)*

Reactivos	Global		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Es más probable que mi hija no quede embarazada o que mi hijo no embarace a alguien, si hablo con mi hijo (a) para que no tenga relaciones sexuales	3.46	4	1.41
Mi hijo(a) no me escucharía, si hablo con él/ella para que se abstenga de tener relaciones sexuales	3.00	3	1.48
Me sentiré avergonzado(a), si hablo con mi hijo (a) para que se abstenga de tener relaciones sexuales	2.99	3	1.49
Mi hijo (a) no me respetará, si hablo con él/ella para que se abstenga de tener relaciones sexuales	2.77	2	1.46
Es menos probable que mi hijo (a) se contagie del VPH o alguna otra ITS, si hablo con él/ella para que se abstenga de tener relaciones sexuales	2.88	3	1.46
Es menos probable que mi hijo embarace a alguien o que mi hija se embarace, si hablo con él/ella sobre métodos anticonceptivos y/o los condones	2.88	3	1.47
Me sentiré más unido(a) a mi hijo (a), si hablo con él/ella sobre métodos anticonceptivos y/o condones	2.86	3	1.45
Mi hijo (a) se sentirá más unido(a) a mí, si hablo con él/ella sobre métodos anticonceptivos, uso del condón, transmisión del VPH u otras ITS	3.80	4	1.19
Mi hijo (a) no me escucharía, si hablo con él (ella) sobre métodos anticonceptivos, uso del condón, transmisión del VPH u otras ITS	1.82	2	.97
Me sentiré avergonzado(a), si hablo con mi hijo (a) sobre métodos anticonceptivos, uso del condón, transmisión del VPH u otras ITS	1.81	1	1.04
Mi hijo(a) no me respetará, si hablo con él (ella) sobre métodos anticonceptivos, uso del condón, transmisión del VPH u otras ITS	1.68	1	.83
Es menos probable que mi hijo(a) se contagie del VPH u otra ITS, si hablo con él/ella sobre los mecanismos de transmisión, métodos anticonceptivos y uso del condón	2.71	2	1.46

Nota: $n = 582$; M = Media; Mdn = Mediana; DE = Desviación estándar;

1 = Completamente en desacuerdo; 2 = Desacuerdo; 3 = Ni en desacuerdo ni en acuerdo; 4 = De acuerdo; 5 = Completamente en acuerdo.

En cuanto a la percepción de *ambiente familiar* (Tabla 6) en la mayoría de los reactivos se obtuvieron medias entre 3 y 4, lo que indica de acuerdo al nivel de

medición, que los padres perciben un adecuado funcionamiento familiar. Los resultados de acuerdo al sexo de los padres se encuentran en el apéndice P.

Tabla 6

Ambiente familiar percibido por los padres

Reactivos	Global		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Los miembros de mi familia acostumbran hacer cosas juntos	4.39	5	.76
Animo a mis hijos a expresar abiertamente sus puntos de vista	3.22	4	1.52
En mi familia, nadie se preocupa por los sentimientos de los demás	3.14	4	1.53
Mi familia es cálida y nos brindamos apoyo	4.47	5	.69
En nuestra familia es importante para todos expresar nuestras opiniones	3.45	4	1.50
La atmósfera de mi familia usualmente es desagradable	3.17	4	1.56
Nuestra familia acostumbra hacer actividades en conjunto	4.28	4	.85
Mi familia me escucha	3.22	4	1.57
Cuando tengo algún problema no se lo platico a mi familia	2.04	2	1.07
Los miembros de mi familia de verdad nos ayudamos y apoyamos unos a otros	2.56	1	1.99
En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño	2.63	1	1.91
Los conflictos en mi familia nunca se resuelven	1.48	1	.82

Nota: $n = 582$; *M* = Media; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación estándar; 1 = Totalmente en desacuerdo; 2 = En desacuerdo; 3 = Neutral; 4 = De acuerdo; 5 = Totalmente de acuerdo.

En la tabla 7 se muestran los resultados en relación a la variable de *machismo*. En la mayoría de los reactivos se obtuvieron medias entre 1 y 2, lo cual indica una baja percepción de actitudes machistas de los padres. Los resultados de acuerdo al sexo de los padres se encuentran en el apéndice Q.

Respecto a la variable de *marianismo* (Tabla 8), en la mayoría de los reactivos se obtuvieron medias de 2, lo que indica una baja percepción de actitudes marianistas de los padres. Los resultados de acuerdo al sexo de los padres se encuentran en el apéndice R.

Tabla 7

Machismo sexual percibido por los padres

Reactivos	Global		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Que opina acerca de los siguientes aspectos:			
Que solamente el hombre tenga sexo antes del matrimonio	1.55	1	.86
Que un hombre tenga hijos fuera del matrimonio	1.39	1	.68
Que solamente el hombre tenga experiencia sexual	1.45	1	.73
Que un hombre tenga su primera relación sexual con una persona que no es su pareja	1.58	1	.98
Que un hombre casado o con pareja estable tenga relaciones sexuales con prostitutas	1.32	1	.61
Una mujer debe aceptar las infidelidades de su pareja	1.44	1	.79
El hombre necesita tener varias parejas sexuales	1.43	1	.69
Sin importar la situación o el estado de ánimo, la mujer debe tener relaciones sexuales cuando su pareja quiera tenerlas	1.40	1	.71
Que un hombre tenga varias parejas sexuales al mismo tiempo	2.38	2	1.23
Que sea la mujer quien se encargue de cuidarse para la relación sexual	2.45	3	1.19
El hombre debe iniciar su vida sexual en la adolescencia	2.49	3	1.15
El hombre debe hacer que su hijo hombre inicie su vida sexual	2.28	2	1.12

Nota: $n = 582$; *M* = Media; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación estándar; 1 = Totalmente en desacuerdo; 2 = En desacuerdo; 3 = Sin opinión; 4 = De acuerdo; 5 = Totalmente de acuerdo.

Tabla 8

Marianismo percibido por los padres

Reactivos	Global		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Enseño a mis hijos (as) a ser leales a la familia	3.48	4	.61
Hago cosas que hacen feliz a mi familia	3.20	3	.79
Soy fuente de fortaleza para mi familia	3.33	3	.73
Soy la principal fuente de fortaleza para mi familia	3.03	3	.80
Debo mantener a mi familia unida	3.26	3	.73
Se debe permanecer virgen hasta el matrimonio	2.55	2	.93
Se debe esperar hasta después de casarse para tener hijos (as)	2.86	3	.91
Se debe ser puro	2.74	3	.85
Se deben adoptar los valores enseñados por la religión	2.64	3	.90
Se deben satisfacer las necesidades sexuales de la pareja sin argumento	2.00	2	.85

Nota: $n = 582$; *M* = Media; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación estándar; 1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = De acuerdo, 4 = Totalmente de acuerdo.

(continúa)

Tabla 8

Marianismo percibido por los padres (continuación)

Reactivos	Global		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
No hablo en contra de los hombres	2.34	2	.89
Respeto las opiniones de los hombres, incluso cuando no esté de acuerdo	2.33	2	.89
Evito decir "no" a la gente	2.10	2	.84
Hago cualquier cosa que un varón en la familia me pide que haga	1.92	2	.82
No hablo sobre control de la natalidad	2.04	2	.80
No expreso mis necesidades a mi pareja	1.95	2	.86
Me siento culpable por decirle a la gente lo que necesito	2.23	2	.88
No hablo de sexo	2.66	3	1.01
Soy indulgente "complaciente" en todos los aspectos	2.58	3	.92
Siempre soy agradable a las decisiones de los hombres	3.06	3	1.34
Soy el líder espiritual de la familia	3.29	3	1.23
Debo mantener a la familia unida	3.74	4	.97
Soy el encargado de fomentar en mi familia el apego religioso	3.55	4	1.16

Nota: $n = 582$; *M* = Media; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación estándar; 1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = De acuerdo, 4 = Totalmente de acuerdo.

En la tabla 9 se muestran los resultados acerca de la variable de *autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes*. Los resultados muestran que en la mayoría de los reactivos se obtuvieron medias superiores a 3 lo cual indica que los padres se perciben de moderadamente seguros a seguros acerca de su autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes. Los resultados de acuerdo al sexo de los padres se encuentran en el apéndice S.

La variable de *rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes*, fue medida a través del *monitoreo parental y comunicación sexual*. En la tabla 10 se muestran los resultados en relación al monitoreo parental, se observa que los padres perciben que frecuentemente monitorean a sus hijos. Los resultados de acuerdo al sexo de los padres se encuentran en el apéndice T.

Tabla 9

Autoeficacia de los padres para la comunicación sexual con adolescentes

Reactivos	Global		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) lo que sucede cuando una chica tiene su período	3.85	4	1.16
Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) por qué una persona debe usar un condón cuando él o ella tiene relaciones sexuales	3.70	4	1.23
Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) maneras de divertirse sin tener relaciones sexuales	3.77	4	1.30
Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) por qué debería esperar hasta ser mayor para tener relaciones sexuales	3.87	4	1.22
Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) que debe usar condones si decide tener relaciones sexuales	3.89	4	1.17
Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) por qué se producen los sueños húmedos	3.72	4	1.19
Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) cómo ponerse un condón	3.82	4	1.19
Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) cómo usar las píldoras anticonceptivas	3.75	4	1.23
Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) cómo las píldoras anticonceptivas previenen el embarazo en las mujeres	3.86	4	1.16
Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) lo que pienso acerca de jóvenes adolescentes teniendo sexo	3.85	4	1.19
Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) cómo decirle a una persona que no cuando no quiere tener relaciones sexuales	3.90	4	1.21
Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) cómo hacer esperar a su pareja hasta que él/ella esté listo para tener relaciones sexuales	3.99	4	1.11
Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) cómo alguien puede contraer el Virus del Papiloma Humano si no usa condón	3.94	4	1.09
Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) dónde comprar o conseguir condones	4.18	4	1.09
Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) dónde comprar o conseguir píldoras anticonceptivas	3.69	4	1.38
Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) cómo saber si un chico (a) en verdad lo ama	4.15	4	1.10
Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) cómo resistir la presión de un grupo para tener sexo	4.25	5	1.03

Nota: $n = 582$; M = Media; Mdn = Mediana; DE = Desviación estándar; 1 = No estoy totalmente seguro; 2 = Poco seguro; 3 = Moderadamente seguro; 4 = Seguro; 5 = Completamente seguro.

Tabla 10

Monitoreo parental percibido por los padres

Reactivos	Global		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Sé dónde está mi hijo (a) después que sale de la escuela	4.56	5	.77
Si mi hijo (a) va a llegar tarde a casa, espero a que llame	4.24	5	1.23
Antes de que mi hijo (a) salga me dice con quién va a estar	4.38	5	1.00
Cuando mi hijo (a) sale en la noche, se dónde está	4.18	5	1.19
Mi hijo (a) platica conmigo sobre los planes que tiene con sus amigos	4.00	4	1.18
Cuando mi hijo (a) sale, le pregunto a dónde va	4.27	5	1.11

Nota: $n = 582$; *M* = Media; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación estándar; 1 = Nunca, 2 = Rara vez; 3 = Algunas veces; 4 = Frecuentemente; 5 = Muy frecuentemente.

En relación a la *comunicación sexual*, en la mayoría de los reactivos se obtuvieron medias superiores a 3 pero inferiores a 4, lo que indica que los padres perciben “algo” de comunicación sexual con sus hijos (Tabla 11). Los resultados de acuerdo al sexo de los padres se encuentran en el apéndice U.

Tabla 11

Comunicación sexual percibida por los padres

Reactivos	Global		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
¿Cuánta información ha compartido con su hijo (a) sobre cómo prevenir el embarazo?	3.61	4	1.33
¿Cuánta información ha compartido con su hijo (a) sobre ITS?	3.92	4	1.24
¿Cuánta información ha compartido con su hijo (a) acerca del VPH?	3.59	4	1.41
¿Qué tanta información ha compartido con su hijo (a) sobre las formas de protegerse para no contagiarse con ITS o VPH?	3.74	4	1.38
¿Qué tanta información específica sobre el condón ha compartido con su hijo (a)?	3.38	4	1.43
¿Qué tanta información ha compartido con su hijo (a) sobre la necesidad de esperar hasta que sea mayor para tener relaciones sexuales o sobre abstenerse de tenerlas?	3.87	4	1.29
¿Qué tanta información ha compartido con su hijo (a) sobre la presión que ejercen los amigos y la/el “novia(o)” en el aspecto sexual?	3.56	4	1.45
¿Qué tanta información ha compartido con su hijo (a) sobre cómo resistir la presión de sus compañeros y de las/los “amigas(os)” con los que sale?	3.89	4	1.25

Nota: $n = 582$; *M* = Media; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación estándar; 1 = Nada; 2 = Poco; 3 = Algo; 4 = No mucho; 5 = Mucho.

Índices globales de las variables de estudio de los padres

A continuación se presenta la estadística descriptiva correspondiente a los índices globales de las variables de estudio analizadas en los padres así como el resultado de la prueba Kolmogorov-Smirnov (K-S) con corrección de Lilliefors. En la tabla 12 se muestra que la mayoría de las variables no presentó distribución normal. Los resultados se muestran de manera global a través de un promedio entre la puntuación de padres y madres, así mismo se muestran los resultados de manera independiente de padres y madres.

El conocimiento de los padres acerca del VPH presentó una media de 47.28 ($Mdn = 50$, $DE = 16.52$) indicando que está por debajo del puntaje medio, el riesgo percibido para contraer VPH obtuvo una media de 66 ($Mdn = 66.66$, $DE = 14.45$) y la actitud hacia la prevención del VPH obtuvo una media de 26.27 ($DE = 11.32$) de valores entre 0-100.

El ambiente familiar obtuvo una media de 81.18 ($DE = 11.10$) lo que indica un adecuado funcionamiento familiar. El machismo obtuvo una media de 11.96 ($Mdn = 10.41$, $DE = 10.08$), lo que indica una baja percepción de actitudes machistas de los padres. El marianismo obtuvo una media de 55.63 ($Mdn = 56.52$, $DE = 10.19$), indicando baja percepción de actitudes marianistas de los padres.

La variable de autoeficacia de los padres para la comunicación sexual con adolescentes obtuvo una media de 71.69 ($Mdn = 73.52$, $DE = 16.65$) lo que indica que los padres se consideran auto eficaces para comunicar temas de sexualidad con los adolescentes. El rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes tuvo una media de 75.18 ($DE = 14.55$), lo cual indica que los padres perciben un buen desempeño de rol para la prevención de VPH en adolescentes. En relación a los elementos que conforman el rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes, el monitoreo parental obtuvo una media de 85.60 ($Mdn = 87.50$, $DE = 12.94$) lo cual indica que los padres perciben que monitorean a sus hijos. La comunicación sexual indica una media

de 67.37 ($Mdn = 67.18$, $DE = 21.38$), lo que indica que los padres comunican poco temas de sexualidad a sus hijos adolescentes.

Tabla 12

Estadística descriptiva de las variables de estudio de los padres

Variable	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	IC 95%		<i>D^a</i>	<i>p</i>
						<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>		
Conocimiento acerca del VPH	47.28	50.00	16.52	0	79	45.38	49.19	.119	.001
Padres	45.61	52.63	21.94	0	79	43.08	48.15	.198	.001
Madres	48.96	52.63	18.08	0	84	46.87	51.05	.156	.001
Riesgo percibido para contraer VPH	66.00	66.66	14.45	21	100	64.33	67.67	.073	.001
Padres	65.21	66.67	18.54	0	100	63.07	67.35	.102	.001
Madres	66.80	66.67	17.50	0	100	64.78	68.81	.098	.001
Actitud hacia la prevención del VPH	26.27	25.73	11.32	1	57	24.96	27.57	.034	.200
Padres	26.52	27.94	14.10	0	63	24.89	28.14	.063	.008
Madres	26.47	26.47	13.66	0	65	24.45	27.70	.084	.001
Ambiente Familiar	81.18	81.25	11.10	50	100	79.90	82.46	.049	.085
Padres	82.39	83.33	13.63	35	100	80.81	83.96	.099	.001
Madres	79.98	81.25	14.45	35	100	78.31	81.64	.083	.001
Machismo sexual	11.96	10.41	10.08	0	52	10.79	13.12	.118	.001
Padres	12.18	8.33	12.16	0	46	10.77	13.58	.188	.001
Madres	11.73	8.33	13.00	0	92	10.23	13.23	.184	.001
Marianismo	55.63	56.52	10.19	12	86	54.46	56.81	.075	.001
Padres	56.07	56.52	12.57	12	90	54.62	57.52	.082	.001
Madres	55.19	55.07	12.44	6	93	53.76	56.63	.095	.001
Autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes	71.69	73.52	16.65	7	100	69.77	73.61	.068	.003
Padres	71.27	72.06	19.37	3	100	69.04	73.51	.099	.001
Madres	72.10	75.00	22.00	0	100	69.57	74.64	.102	.001

Nota: $n = 582$; M = Media; DE = Desviación estándar; IC = Intervalo de confianza; D^a = Estadístico de la Prueba de Normalidad de K-S con Corrección de Lilliefors

(continúa)

Tabla 12

Estadística descriptiva de las variables de estudio de los padres (continuación)

Variable	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	IC 95%		<i>D^a</i>	<i>p</i>
						<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>		
Rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes	75.18	75.89	14.55	32	100	73.50	76.86	.045	.200
Padres	71.95	71.43	19.06	0	100	69.75	74.15	.106	.001
Madres	78.41	82.14	18.22	5	100	76.31	80.51	.118	.001
Monitoreo parental	85.60	87.50	12.94	38	100	84.10	87.09	.133	.001
Padres	86.13	91.67	14.78	0	100	84.42	87.83	.174	.001
Madres	85.07	87.50	16.87	13	100	83.12	87.01	.188	.001
Comunicación sexual	67.37	67.18	21.38	8	100	64.90	69.84	.065	.005
Padres	61.32	65.63	29.20	0	100	57.95	64.69	.115	.001
Madres	73.42	78.13	25.98	0	100	70.42	76.42	.153	.001

Nota: *n* = 582; *M* = Media; *DE* = Desviación estándar; *IC* = Intervalo de confianza; *D^a* = Estadístico de la Prueba de Normalidad de K-S con Corrección de Lilliefors

Estadística descriptiva de las variables de estudio en adolescentes

Para dar respuesta al objetivo de los adolescentes que planteaba describir la percepción del adolescente respecto al rol de los padres para la prevención del VPH, en las tablas 13 y 14 se muestra el monitoreo parental y la comunicación sexual ambos componentes del rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes.

Los resultados del monitoreo parental percibido por los adolescentes muestran una tendencia a una media superior a 4, lo que indica que los adolescentes perciben que frecuentemente son monitorizados por sus padres. Los resultados de la percepción del adolescente de acuerdo al sexo de los padres se encuentran en el apéndice V.

En relación a la comunicación sexual percibida por los adolescentes, los resultados muestran que los adolescentes perciben “algo” de comunicación sobre temas de sexualidad por parte de sus padres (Tabla 14). Los resultados de la percepción del adolescente de acuerdo al sexo de los padres se encuentran en el apéndice W.

Tabla 13

Monitoreo parental percibido por los adolescentes

Reactivos	Global		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Mis padres saben dónde estoy después que salgo de la escuela	4.35	5	1.08
Si voy a llegar tarde a casa, se espera que llame a mis padres	3.66	4	1.40
Antes de salir le digo a mis padres con quién voy a estar	4.26	5	1.16
Cuando salgo en la noche, mis padre sabe dónde estoy	4.27	5	1.17
Platico con mis padres sobre los planes que tengo con mis amigos	3.85	4	1.30
Cuando salgo, mis padres me pregunta(n) a dónde voy	4.46	5	1.04

Nota: *n* = 291; *M* = Media; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación estándar; 1 = Nunca, 2 = Rara vez; 3 = Algunas veces; 4 = Frecuentemente; 5 = Muy frecuentemente.

Tabla 14

Comunicación sexual percibida por los adolescentes

Reactivos	Global		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
¿Cuánta información ha compartido tu padre contigo sobre cómo prevenir el embarazo?	3.44	4	1.47
¿Cuánta información han compartido tus padres contigo sobre ITS?	3.05	3	1.52
¿Cuánta información han compartido tus padres contigo acerca del VPH?	2.94	3	1.46
¿Qué tanta información han compartido tu padres contigo sobre las formas de protección para no contagiarse con ITS o VPH?	3.12	3	1.52
¿Qué tanta información específica sobre el condón han compartido tus padres contigo?	2.99	3	1.52
¿Qué tanta información ha compartido tus padres contigo sobre la necesidad de esperar hasta que seas mayor para tener relaciones sexuales o sobre abstenerse de tenerlas?	3.63	4	1.49
¿Qué tanta información han compartido tus padres contigo sobre la presión que ejercen los amigos y la/el “novia(o)” en el aspecto sexual?	3.41	4	1.50
¿Qué tanta información ha compartido tus padres contigo sobre cómo resistir la presión de tus compañeros y de las/los “amigas(os)” con los que sales?	3.61	4	1.45

Nota: *n* = 291; *M* = Media; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación estándar; 1 = Nada; 2 = Poco; 3 = Algo; 4 = No mucho; 5 = Mucho.

Índices globales de las variables de estudio de los adolescentes

A continuación se presenta la estadística descriptiva de la percepción que tienen los adolescentes de los padres, así como por sexo (padres y madres), en relación al rol para la prevención del VPH a través del monitoreo parental y la comunicación sexual. Los resultados se muestran de manera global a través de un promedio de la puntuación de la percepción de los adolescentes de ambos padres y posteriormente de acuerdo al sexo. Para contrastar los resultados, se adicionan las puntuaciones globales de acuerdo a la percepción de ambos padres, así como por sexo. Los resultados muestran que las variables no presentaron distribución normal (Tabla 15).

Respecto a la percepción del adolescente en relación al rol para la prevención del VPH de acuerdo al sexo de los padres, los resultados muestran que las madres obtuvieron mayor puntuación de la media para la variable rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes 72.49 ($Mdn = 75$, $DE = 20.97$), de acuerdo a la percepción de los padres, de igual manera son las madres quienes perciben que efectúan un mayor el rol con una puntuación de media de 78.41 ($Mdn = 82.14$, $DE = 18.22$).

En relación a los elementos que conforman el rol de los padres para la prevención del VPH, los resultados fueron los siguientes: se encontró que los adolescentes perciben un mayor monitoreo de las madres ($Media = 84.09$, $Mdn = 91.67$, $DE = 17.54$) comparado con el de los padres, sin embargo, de manera contraria, lo perciben los padres, ya que son los padres quienes refieren que monitorizan más las actividades de sus hijos ($Media = 86.13$, $Mdn = 91.67$, $DE = 14.78$) que las madres. La percepción acerca de la comunicación sexual tanto en padres como en madres tienen puntajes bajos, sin embargo, los adolescentes perciben mayor comunicación sexual por parte de las madres, con una media de 63.79 ($Mdn = 68.75$, $DE = 29.33$), dato que concuerda con la percepción de los padres.

Tabla 15

Estadística descriptiva de las variables de estudio de los adolescentes y padres

Variable	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	IC 95%		<i>D^a</i>	<i>p</i>
						<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>		
<i>Adolescentes</i>									
Rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes	66.13	69.94	21.35	12	100	63.67	68.59	.086	.001
Padres	59.77	64.29	26.18	0	100	56.75	62.79	.082	.001
Madres	72.49	75.00	20.97	16	100	70.07	74.91	.103	.001
Monitoreo parental	78.52	87.50	20.35	13	100	76.17	80.86	.191	.001
Padres	72.94	83.33	28.21	0	100	69.68	76.19	.182	.001
Madres	84.09	91.67	17.54	17	100	82.07	86.12	.193	.001
Comunicación sexual	56.84	59.38	28.23	0	100	53.58	60.10	.096	.001
Padres	49.89	50.00	32.07	0	100	46.19	53.59	.088	.001
Madres	63.79	68.75	29.33	0	100	60.40	67.17	.153	.001
<i>Padres</i>									
Rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes	75.18	75.89	14.55	32	100	73.50	76.86	.045	.200
Padre	71.95	71.43	19.06	0	100	69.75	74.15	.106	.001
Madre	78.41	82.14	18.22	5	100	76.31	80.51	.118	.001
Monitoreo parental	85.60	87.50	12.94	38	100	84.10	87.09	.133	.001
Padre	86.13	91.67	14.78	0	100	84.42	87.83	.174	.001
Madre	85.07	87.50	16.87	13	100	83.12	87.01	.188	.001
Comunicación sexual	67.37	67.18	21.38	8	100	64.90	69.84	.065	.005
Padre	61.32	65.63	29.20	0	100	57.95	64.69	.115	.001
Madre	73.42	78.13	25.98	0	100	70.42	76.42	.153	.001

Nota: *n* = 291 adolescentes, 291 padres, 291 madres; *M* = Media; *Mdn* = Mediana;

DE = Desviación estándar; *IC* = Intervalo de confianza; *D^a* = Estadístico de la Prueba de Normalidad de K-S con Corrección de Lilliefors

Consistencia interna de los instrumentos aplicados a padres y adolescentes

Se analizó la consistencia interna de los instrumentos por medio del Coeficiente Alpha de Cronbach, en la tabla 16 se muestra que los instrumentos de medición aplicados a padres y adolescentes, presentaron valores aceptables.

Tabla 16

Consistencia interna de instrumentos aplicados a padres y adolescentes

Variables	Reactivos	Alpha Cronbach		
		Global	Padre	Madre
<i>Padres</i>				
Conocimiento de VPH	19	.83	.82	.73
Percepción de riesgo del VPH	6	.72	.68	.66
Actitudes acerca de la comunicación sexual	17	.83	.82	.78
Escalas para la Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I)	12	.85	.84	.84
Escala de Machismo Sexual	12	.88	.86	.90
Escala de Creencias de Marianismo	23	.97	.84	.84
Autoeficacia para hablar con sus hijos acerca de sexo	17	.93	.92	.94
Rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes	14	.88	.88	.88
Monitoreo parental	6	.77	.70	.77
Comunicación sexual	8	.90	.93	.93
<i>Adolescentes</i>			Masculino	Femenino
Rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes	14	.94	.93	.90
Monitoreo parental	6	.89	.91	.80
Comunicación sexual	8	.95	.94	.93

Nota: n = 582, 291 adolescentes

Estadística Inferencial

Para dar repuesta a los objetivos del estudio se realizaron pruebas de correlación de Spearman, posteriormente se ajustaron modelos de regresión lineal de acuerdo al planteamiento de cada uno de los objetivos. Considerando que la mayoría de las

variables no presentaron distribución normal se empleó la técnica de bootstrap para confirmar el resultado de las regresiones.

Factores facilitadores e inhibidores

Para responder al objetivo dos que plantea describir la relación del conocimiento acerca del VPH, el riesgo percibido para contraer VPH y la actitud hacia la prevención del VPH se realizó la prueba de correlación de Spearman, se encontró que el conocimiento acerca del VPH, se correlacionó positiva y significativamente ($r_s = .182$; $p < .01$) con el riesgo percibido para contraer VPH. Lo anterior señala que cuando los padres tienen mayor conocimiento acerca del VPH presentan mayor percepción de riesgo para contraer VPH.

De igual manera la actitud hacia la prevención del VPH se correlacionó negativa y significativamente con el riesgo percibido para contraer VPH ($r_s = -.272$; $p < .01$). Este dato señala que cuando los padres presentan menores actitudes negativas hacia la prevención del VPH, perciben mayor riesgo para contraer este virus.

Para responder al objetivo tres el cual busca identificar la relación del ambiente familiar con el conocimiento acerca de VPH, el riesgo percibido para contraer VPH y la actitud hacia la prevención del VPH, se realizó una prueba de correlación de Spearman, se encontró que únicamente el ambiente familiar se correlaciona negativa y significativamente con la actitud hacia la prevención del VPH ($r_s = -.360$; $p < .01$). Lo anterior señala que los padres que perciben menor funcionamiento familiar tienen mayores actitudes negativas hacia la prevención del VPH.

Se ajustaron tres modelos de regresión lineal simple y se empleó la técnica de bootstrap para confirmar el resultado de las regresiones. Se tomó como variable independiente el ambiente familiar y como variables dependientes el conocimiento acerca del VPH, el riesgo percibido para contraer VPH y la actitud hacia la prevención del VPH respectivamente.

Los resultados muestran que el modelo uno del ambiente familiar tiene efecto positivo en el conocimiento acerca de VPH ($R^2 = .01$, $F_{[1, 289]} = 4.31$, $p < .05$) y el modelo tres tiene efecto negativo con la actitud hacia la prevención de VPH ($R^2 = .12$, $F_{[1, 289]} = 42.81$, $p < .001$) (Tabla 17). Sin embargo, al confirmar a través de la técnica de bootstrap en la tabla 18 se puede observar que únicamente el ambiente familiar tiene efecto significativo en la actitud hacia la prevención del VPH. Puede establecerse que el no adecuado funcionamiento del ambiente familiar aumenta la actitud negativa de los padres hacia la prevención del VPH.

Tabla 17

Modelos de regresión lineal del ambiente familiar con el conocimiento, riesgo percibido y actitud hacia la prevención del VPH

Ambiente familiar	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Modelo 1: Conocimiento acerca del VPH	.181	.087	.121	.039
Modelo 2: Riesgo percibido para contraer VPH	.068	.076	.052	.375
Modelo 3: Actitud hacia la prevención del VPH	-.366	.056	-.359	.001

Nota: Modelo 1: variable dependiente conocimiento acerca del VPH, Modelo 2: variable dependiente el riesgo percibido para contraer VPH, Modelo 3: variable dependiente la actitud hacia la prevención del VPH, *B* = *b*, *SE* = Error estándar, *Beta* = valor de beta

Tabla 18

Modelos de regresión lineal del ambiente familiar con el conocimiento, riesgo percibido y actitud hacia la prevención del VPH "con bootstrap"

Ambiente familiar	<i>Bootstrap</i>				
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Modelo 1: Conocimiento acerca del VPH	.181	.100	.071	-.028	.368
Modelo 2: Riesgo percibido para contraer VPH	.068	.082	.435	-.091	.227
Modelo 3: Actitud hacia la prevención del VPH	-.366	.056	.001	-.474	-.253

Nota: Modelo 1: variable dependiente conocimiento acerca del VPH, Modelo 2: variable dependiente el riesgo percibido para contraer VPH, Modelo 3: variable dependiente la actitud hacia la prevención del VPH, *B* = *b*, *SE* = Error estándar, *Beta* = valor de beta

En base al objetivo cuatro que plantea identificar la relación del machismo con el conocimiento acerca del VPH, el riesgo percibido para contraer VPH y la actitud hacia la prevención del VPH se obtuvieron los siguientes resultados.

Se encontró correlación negativa y significativa del machismo con el riesgo percibido para contraer VPH ($r_s = -.208$; $p < .01$) y correlación positiva y significativa con la actitud hacia la prevención del VPH ($r_s = .287$; $p < .01$). A menores actitudes machistas de los padres, mayor percepción de riesgo; a mayores actitudes machistas de los padres, mayor actitud negativa hacia la prevención del VPH.

Se ajustaron tres modelos de regresión lineal simple, se empleó la técnica de bootstrap para confirmar el resultado de las regresiones. La variable independiente fue el machismo y las variables dependientes el conocimiento acerca del VPH, el riesgo percibido para contraer VPH y la actitud hacia la prevención del VPH respectivamente.

Los resultados muestran que en el modelo dos, el machismo tiene efecto negativo en el riesgo percibido para contraer VPH ($R^2 = .05$, $F_{[1, 289]} = 17.78$, $p < .001$) y en el modelo tres, la actitud hacia la prevención del VPH tiene efecto positivo ($R^2 = .05$, $F_{[1, 289]} = 16.31$, $p < .001$) (Tabla 19). Este hallazgo se confirma con la técnica de bootstrap (Tabla 20) lo que indica que a menores actitudes machistas de los padres mayor es la percepción del riesgo y a mayores actitudes machistas mayor actitud negativa hacia la prevención del VPH.

Tabla 19

Modelos de regresión lineal de machismo con conocimiento acerca del VPH, riesgo percibido y actitud hacia la prevención del VPH

Machismo	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Modelo 1: Conocimiento acerca del VPH	-.144	.096	-.088	.134
Modelo 2: Riesgo percibido para contraer VPH	-.345	.082	-.241	.001
Modelo 3: Actitud hacia la prevención del VPH	.259	.064	.231	.001

Nota: Modelo 1: variable dependiente conocimiento acerca del VPH, Modelo 2: variable dependiente el riesgo percibido para contraer VPH, Modelo 3: variable dependiente la actitud hacia la prevención del VPH, *B* = *b*, *SE* = Error estándar, *Beta* = valor de beta

Tabla 20

Modelo de regresión de machismo con conocimiento acerca del VPH, riesgo percibido y actitud hacia la prevención del VPH "con bootstrap"

Machismo	Bootstrap				
	B	SE	p	IC 95%	
				Inferior	Superior
Modelo 1: Conocimiento acerca del VPH	-.144	.095	.121	-.344	.034
Modelo 2: Riesgo percibido para contraer VPH	-.345	.084	.001	-.521	-.179
Modelo 3: Actitud hacia la prevención del VPH	.259	.064	.001	-.387	-.133

Nota: Modelo 1: variable dependiente conocimiento acerca del VPH, Modelo 2: variable dependiente el riesgo percibido para contraer VPH, Modelo 3: variable dependiente la actitud hacia la prevención del VPH, $B = b$, SE = Error estándar, $Beta$ = valor de beta

El objetivo 5 plantea identificar la relación del marianismo con el conocimiento acerca del VPH, el riesgo percibido para contraer VPH y la actitud hacia la prevención del VPH.

Se encontró que el marianismo se correlacionó positiva y significativamente con el riesgo percibido para contraer VPH ($r_s = .153$; $p < .01$) y con la actitud hacia la prevención del VPH ($r_s = .184$; $p < .01$). A mayores creencias marianistas de los padres, mayor riesgo percibido para contraer VPH y mayor actitud negativa hacia la prevención del VPH.

Se ajustaron tres modelos de regresión lineal simple, se empleó la técnica de bootstrap para confirmar el resultado de las regresiones. La variable independiente fue el marianismo y las variables dependientes el conocimiento acerca del VPH, el riesgo percibido para contraer VPH y la actitud hacia la prevención del VPH respectivamente.

Los resultados muestran que en el modelo dos, el marianismo tiene efecto positivo en el riesgo percibido para contraer VPH ($R^2 = .04$, $F_{[1, 289]} = 14.17$, $p < .001$) y en el modelo tres, tiene efecto positivo en la actitud hacia la prevención del VPH ($R^2 = .03$, $F_{[1, 289]} = 10.11$, $p < .05$) (Tabla 21).

Este hallazgo se confirma con la técnica de boopstrap (Tabla 22) lo que indica que si existen creencias marianistas de los padres, el riesgo percibido para contraer VPH aumenta en .30 puntos.

Los resultados muestran que el marianismo tiene efecto positivo con la actitud hacia la prevención del VPH ($R^2 = .03$, $F_{[1, 289]} = 10.11$, $p < .05$), a mayores creencias marianistas de los padres, mayor actitud negativa hacia la prevención del VPH.

Tabla 21

Modelos de regresión lineal de marianismo con conocimiento del VPH, riesgo percibido y actitud hacia la prevención del VPH

Machismo	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Modelo 1: Conocimiento acerca del VPH	-.157	.095	-.097	.099
Modelo 2: Riesgo percibido para contraer VPH	.307	.081	.216	.001
Modelo 3: Actitud hacia la prevención del VPH	.204	.064	.184	.002

Nota: Modelo 1: variable dependiente conocimiento acerca del VPH, Modelo 2: variable dependiente el riesgo percibido para contraer VPH, Modelo 3: variable dependiente la actitud hacia la prevención del VPH, *B* = *b*, *SE* = Error estándar, *Beta* = valor de beta

Tabla 22

Modelo de regresión de marianismo con conocimiento acerca del VPH, riesgo percibido y actitud hacia la prevención del VPH "con bootstrap"

Marianismo	<i>Bootstrap</i>				
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Modelo 1: Conocimiento acerca del VPH	-.157	.089	.082	-.340	.012
Modelo 2: Riesgo percibido para contraer VPH	.307	.091	.003	.114	.468
Modelo 3: Actitud hacia la prevención del VPH	.204	.076	.007	-.349	-.047

Nota: Modelo 1: variable dependiente conocimiento acerca del VPH, Modelo 2: variable dependiente el riesgo percibido para contraer VPH, Modelo 3: variable dependiente la actitud hacia la prevención del VPH, *B* = *b*, *SE* = Error estándar, *Beta* = valor de beta

Factores facilitadores e inhibidores e indicador de proceso

De acuerdo al objetivo seis que planteó determinar la relación del conocimiento acerca del VPH, el riesgo percibido para contraer VPH, la actitud hacia la prevención del VPH, el ambiente familiar, el machismo y el marianismo con la autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes, se realizó una prueba de correlación de Spearman (Tabla 23), la cual reporta que a mayor conocimiento acerca del VPH ($r_s = .275$; $p < .01$), mayor riesgo percibido para contraer VPH ($r_s = .223$; $p < .01$) y un adecuado funcionamiento del ambiente familiar ($r_s = .314$; $p < .01$) mayor es la autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes. Por otra parte a mayor actitud negativa hacia la prevención del VPH ($r_s = -.309$; $p < .01$) y mayor actitud machista ($r_s = -.317$; $p < .01$), menor es la autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes.

El marianismo, no se relacionó con la autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes.

Tabla 23

Correlación del conocimiento acerca del VPH, riesgo percibido, actitud, machismo y marianismo con la autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes

<i>Variable</i>	<i>Autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes</i>
Conocimiento acerca del VPH	.275**
Riesgo percibido para contraer VPH	.223**
Actitud hacia la prevención del VPH	-.309**
Ambiente familiar	.314**
Machismo	-.317**
Marianismo	.059

*Nota: ** $p < .01$*

Se ajustó un modelo de regresión múltiple univariada, se empleó la técnica de bootstrap para confirmar el resultado de las regresiones. Se consideraron como variables

independientes el conocimiento acerca del VPH, el riesgo percibido para contraer VPH, la actitud hacia la prevención del VPH, el ambiente familiar, el machismo y el marianismo y como variable dependiente la autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes.

Se puede apreciar que el conocimiento acerca del VPH, el riesgo percibido para contraer VPH, la actitud hacia la prevención del VPH, el ambiente familiar y el machismo se relacionan con la autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes (Tabla 24). Sin embargo al confirmar estos resultados con la técnica de bootstrap (Tabla 25), la variable de riesgo percibido para contraer VPH no ajustó al modelo. Esto significa que el conocimiento acerca del VPH, la actitud hacia la prevención del VPH, el ambiente familiar y el machismo tienen efecto en la autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes ($R^2 = .21$, $F_{[1, 289]} = 10.11$, $p < .05$). Cabe destacar que el mayor efecto negativo para la autoeficacia se atribuye al machismo, seguido de la actitud hacia la prevención del VPH y con un efecto positivo, seguido del ambiente familiar y con un menor efecto, el conocimiento acerca del VPH. Estos factores explican el 21.6% de la varianza de rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes.

Tabla 24

Modelo de regresión de conocimiento acerca del VPH, riesgo percibido, actitud, machismo y marianismo con la autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes

Modelo	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	12.333	11.024		.264
Conocimiento acerca del VPH	.187	.055	.185	.001
Riesgo percibido para contraer VPH	.140	.065	.121	.032
Actitud hacia la prevención del VPH	-.223	.086	-.152	.010
Ambiente familiar	.250	.089	.167	.005
Machismo	-.290	.096	-.176	.003
Marianismo	.144	.089	.088	.108

Nota: variable dependiente autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes, *B* = b, *SE* = Error estándar, *Beta* = valor de beta

Tabla 25

Modelo de regresión de conocimiento acerca del VPH, riesgo percibido, actitud, machismo y marianismo con la autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes "con bootstrap"

Modelo	Bootstrap				
	B	SE	p	IC 95%	
				Inferior	Superior
Constante	12.333	10.186	.240	-7.233	32.498
Conocimiento acerca del VPH	.187	.060	.001	.070	.309
Riesgo percibido para contraer VPH	.140	.074	.061	-.003	.286
Actitud hacia la prevención del VPH	-.223	.091	.011	.054	.407
Ambiente familiar	.250	.083	.002	.085	.413
Machismo	-.290	.106	.006	-.510	-.089
Marianismo	.144	.097	.130	-.038	.337

Nota: variable dependiente autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes, $B = b$, SE = Error estándar, $Beta$ = valor de beta

En relación al objetivo siete el cual propone determinar la relación que existe entre la autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes y el rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes, se realizó una prueba de correlación de Spearman, en donde la autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes se asocia positiva y significativamente con el rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes ($r_s = .477$; $p < .01$).

Se ajustó un modelo de regresión lineal simple, se empleó la técnica de bootstrap para confirmar el resultado de las regresiones. La variable independiente fue la autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes y la variable dependiente fue el rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes.

En la tabla 26 se muestra que la autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes se asocia positiva y significativamente con el rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes ($F_{[1, 289]} = 109.30$, $p < .001$), explicando la varianza en un 27.2% e incrementando en .45 puntos el rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes. Este resultado se confirma con la técnica de bootstrap en la tabla 27.

Tabla 26

Modelo de regresión lineal de autoeficacia para la comunicación sexual con rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes

Autoeficacia para la comunicación sexual	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Modelo 1: Rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes	.458	.044	.524	.001

Nota: Modelo 1: variable dependiente rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes, *B* = *b*, *SE* = Error estándar, *Beta* = valor de beta

Tabla 27

Modelo de regresión lineal de autoeficacia para la comunicación sexual con rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes "con bootstrap"

Autoeficacia para la comunicación sexual	<i>Bootstrap</i>				
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Modelo 1: Rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes	.458	.042	.001	.367	.531

Nota: Modelo 1: variable dependiente rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes, *B* = *b*, *SE* = Error estándar, *Beta* = valor de beta

Para dar respuesta al objetivo ocho el cual plantea determinar la relación del conocimiento acerca del VPH, el riesgo percibido para contraer VPH, la actitud hacia la prevención del VPH, el ambiente familiar, el machismo, el marianismo, la autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes en el rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes se ajustó un modelo de regresión lineal múltiple univariado con método backward, el cual elimina una a una las variables según su capacidad explicativa sobre la variable dependiente.

Como variables independientes se contempló el conocimiento acerca del VPH, el riesgo percibido para contraer VPH, la actitud hacia la prevención del VPH, el ambiente familiar, el machismo, marianismo y la autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes y como variable dependiente el rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes.

Los resultados muestran que el modelo que mejor ajustó consideró cuatro variables de las siete introducidas al análisis, siendo el modelo significativo ($F_{[7,283]} = 35.33, p < .001$), explicando la varianza en un 31% (Tabla 28). Estos resultados se confirman con la técnica de bootstrap (Tabla 29). La autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes reportó el mayor efecto positivo, seguido de la actitud hacia la prevención del VPH y del machismo, ambas con un efecto negativo. Al ambiente familiar se atribuye el menor efecto.

Tabla 28

Modelo de regresión de actitud hacia la prevención de VPH, ambiente familiar, machismo y autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes en el rol de los padres para la prevención del VPH

Modelo	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	31.409	6.070		.001
Actitud hacia la prevención del VPH	-.181	.066	-.140	.007
Ambiente familiar	.082	.033	.121	.014
Machismo	-.180	.075	-.125	.017
Autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes	.379	.046	.434	.001

Nota: variable dependiente rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes, *B* = b, *SE* = Error estándar, *Beta* = valor de beta

Tabla 29

Modelo de regresión de actitud hacia la prevención del VPH, ambiente familiar, machismo y autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes en el rol de los padres para la prevención del VPH con “bootstrap”

Modelo	<i>Bootstrap</i>				
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Constante	31.409	6.126	.001	20.138	44.107
Actitud hacia la prevención del VPH	-.181	.062	.003	.051	.296
Ambiente familiar	.082	.032	.013	.021	.146
Machismo	-.180	.086	.041	-.353	-.007
Autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes	.379	.045	.001	.290	.469

Nota: Modelo 1: variable dependiente rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes, *B* = b, *SE* = Error estándar, *Beta* = valor de beta

Modelo de Rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes

Este modelo se construyó a partir de lo propuesto por la teoría de rango medio de Transición de Meleis (2000), el cual propone una serie de conceptos y sus relaciones que intentan explicar el rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes (Figura 6). El modelo propuesto integra los siguientes conceptos: 1) Conocimiento acerca del VPH; 2) Riesgo percibido para contraer VPH; 3) Actitud hacia la prevención del VPH; 4) Ambiente familiar; 5) Machismo; 6) Marianismo; 7) Autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes; 8) Rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes.

El modelo final del estudio permitió identificar los factores que determinan el rol de los padres para la prevención del VPH (Figura 7). En la Figura 8, se muestran las variables que tienen un efecto con el rol de los padres para la prevención de VPH en adolescentes. A continuación se presentan las proposiciones teóricas que se confirmaron a través de los hallazgos del estudio:

1. El conocimiento acerca del VPH y la actitud hacia la prevención del VPH se relaciona con el riesgo percibido para contraer VPH.
2. El ambiente familiar se relaciona con la actitud hacia la prevención del VPH.
3. El machismo y el marianismo se relacionan con el riesgo percibido para contraer VPH y la actitud hacia la prevención del VPH.
4. El conocimiento acerca del VPH, la actitud hacia la prevención del VPH, el ambiente familiar y el machismo se relacionan con la autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes.
5. La autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes se relaciona con el rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes.
6. La actitud hacia la prevención del VPH, el ambiente familiar, el machismo y la autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes tienen efecto directo en el rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes.

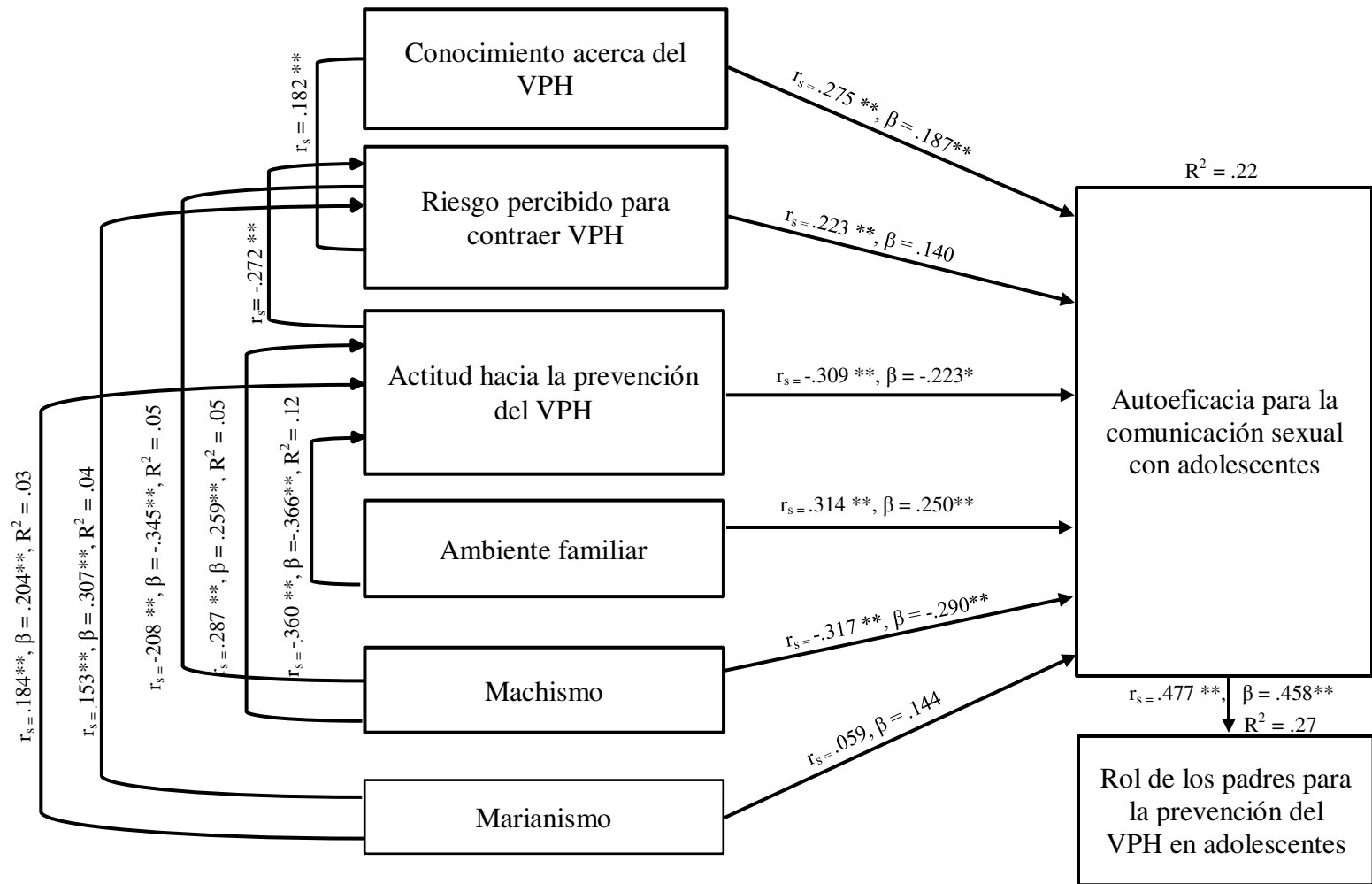


Figura 6. Resultados de las variables del modelo Rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes. Se muestran las relaciones de los factores facilitadores e inhibidores personales, sociales, indicadores de proceso y resultado, así como su efecto en el indicador de proceso y resultado.

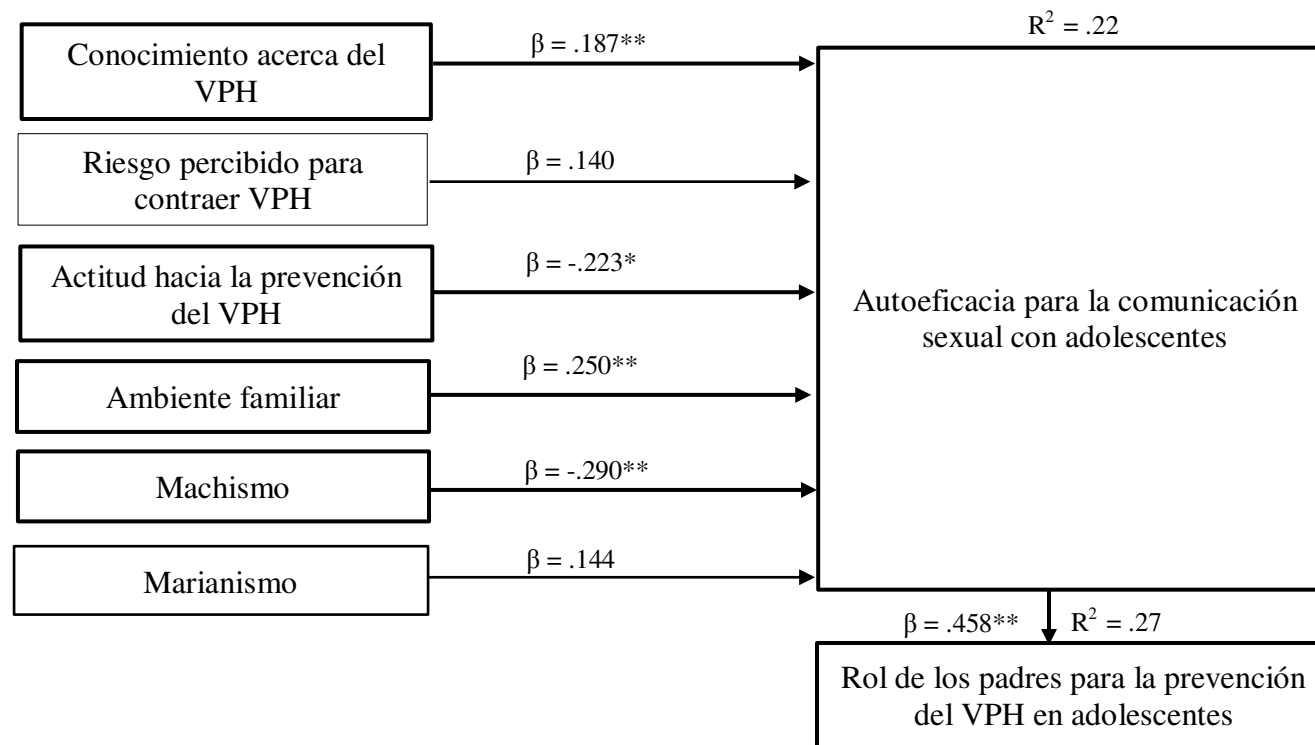


Figura 7. Modelo de Rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes. Se muestra que el conocimiento acerca del VPH, la actitud hacia la prevención del VPH, el ambiente familiar y el machismo tienen efecto en la autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes con un efecto positivo una varianza explicada del 22%; así mismo la autoeficacia tiene efecto significativo en el rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes explicando la varianza 27%. El machismo tiene el mayor efecto negativo seguido de la actitud hacia la prevención del VPH sobre la autoeficacia para la comunicación sexual, el ambiente familiar y el conocimiento acerca del VPH con un efecto positivo.

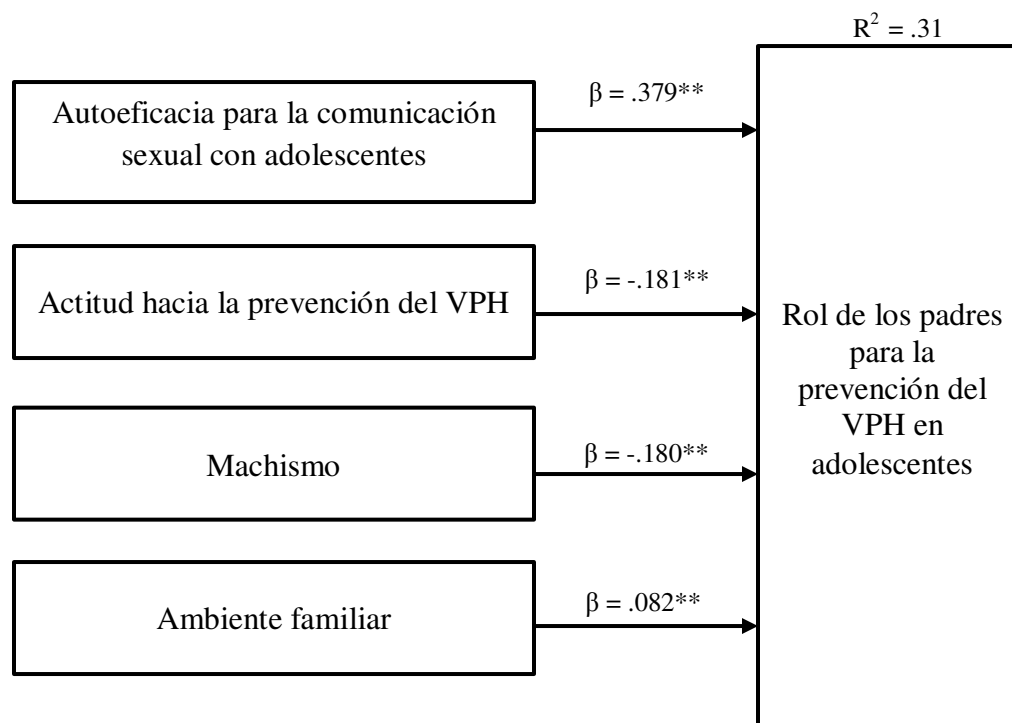


Figura 8. Variables que tienen efecto directo con el rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes. La autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes, tiene el mayor efecto positivo, seguido de la actitud hacia la prevención del VPH y del machismo con un efecto negativo. El menor efecto se atribuye al ambiente familiar. En conjunto las variables explican la varianza en un 31%.

Capítulo IV

Discusión

Los resultados del estudio permitieron identificar los factores facilitadores e inhibidores que contribuyen a fortalecer la autoeficacia de los padres para la comunicación sexual de los padres con sus hijos adolescentes para desarrollar un rol protector en la prevención del VPH. A continuación se discuten los resultados descriptivos e inferenciales de acuerdo a cada una de las variables del modelo en el siguiente orden: factores facilitadores e inhibidores personales (conocimiento acerca del VPH, riesgo percibido y actitud hacia la prevención del VPH), sociales (ambiente familiar, machismo, marianismo), autoeficacia para la comunicación sexual y rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes; posteriormente se presentan las limitaciones del estudio, conclusiones y recomendaciones.

El rol de los padres de hijos adolescentes requiere de una transición que implica procesos de cambio, estos cambios se dan en la medida de la interacción con diferentes factores; en cuanto a los de tipo personal, el conocimiento acerca del VPH, riesgo percibido para contraer VPH y la actitud hacia la prevención del VPH se consideran relevantes. En relación al conocimiento se identificó que los padres tienen poco conocimiento acerca del VPH, este hallazgo concuerda con la literatura revisada, la cual menciona que la información con la que cuentan las personas acerca de este virus es escasa, se encontró que la proporción de padres que ha escuchado hablar acerca del VPH es baja, además, desconocen los riesgos, las formas de transmisión y prevención (Castro et al., 2012; Jaglarz et al., 2014; Lee et al., 2010; Osazuwa-Peters et al., 2015; Paolino et al., 2011; Strohl et al., 2015).

Este hallazgo puede deberse a que las ITS generalmente se abordan de manera general sin puntualizar en el VPH, por lo que el conocimiento de la población es limitado, por ejemplo, se tiene la creencia que si una persona se realiza la prueba de

Papanicolaou y el resultado es negativo, no tiene VPH; sin embargo, es necesario tomar en cuenta que una de las características que presenta este virus es que existen personas infectadas y son asintomáticas, además para determinar si una persona está infectada es necesario que se realice una prueba específica del VPH.

En la presente investigación no se encontró diferencia significativa de acuerdo al sexo de los padres, este dato difiere de algunos estudios que refieren que las mujeres son quienes tienen mayor conocimiento que los hombres (Ghojzadeh et al., 2012; Marlow, Zimet, McCaffery, Ostini, & Waller, 2013; Osazuwa-Peters et al., 2015). Esto puede atribuirse a que en los estudios señalados previamente se encontró que la información acerca del VPH se ofrece primordialmente a las mujeres y se vincula con la vacuna contra el virus y el cáncer cervical (Cates, Shafer, & Carpentier, 2010; Dieng, Trevena, Turner, Wadolowski, & McCaffery, 2013; Dorleans et al., 2010). Sin embargo, en México, la difusión de la información de la vacuna contra el VPH y su asociación con el cáncer cervical no es tan amplia como otros países, lo que puede explicar el bajo conocimiento del VPH tanto en padres como en madres y no solo en uno de ellos.

Por otra parte se encontró que los padres perciben riesgo de contagio de VPH en sus hijos adolescentes, las relaciones sexuales sin protección y el no uso del condón, fueron los factores de riesgo que más identificaron los padres a pesar de que la mayoría no cree que su hijo (a) haya iniciado vida sexual activa y tenga novio (a). Hallazgo similar fue reportado por Herrera et al. (2013) y la ENSANUT (2012), donde se señala que estos factores de riesgo son los que mayormente afectan a los adolescentes. De acuerdo a la literatura algunos autores reportan que las madres son quienes perciben mayor riesgo y este lo asocian al no uso del preservativo durante las relaciones sexuales, sin embargo otros autores reportan que son los padres quienes reportan mayor riesgo (Herrera et al., 2013). En el presente estudio no se encontró diferencia de acuerdo al

sexo de los padres, esto pudiera atribuirse al bajo conocimiento que reportaron tanto padres como madres acerca del VPH.

De acuerdo a la interacción de los factores facilitadores e inhibidores personales, los resultados revelan que el riesgo percibido se relaciona con el conocimiento acerca del VPH y con la actitud hacia la prevención de este virus, es decir, cuando los padres tienen mayor conocimiento acerca del VPH, perciben mayor riesgo de contagio ante el virus. Estos datos concuerdan con la literatura, la percepción de riesgo en padres se incrementa cuando ellos conocen las formas de transmisión del virus del VPH y otras ITS (Lambert et al., 2014; Osazuwa-Peters et al., 2015). Además, cuando los padres perciben mayor riesgo tienen menores actitudes negativas hacia la prevención del VPH; lo cual es congruente con Ghofazadeh et al. (2012), quienes reportaron que la actitud de los padres se relaciona con la conciencia, conocimiento acerca de los peligros de la infección por VPH y conocimiento sobre las diversas formas de transmisión del VPH.

Uno de los factores personales que resultó tener influencia directa y que facilita la transición de rol de los padres para la prevención de VPH en los adolescentes, fue la actitud positiva de los padres hacia la prevención del VPH. Esto indica que los padres tienen una buena actitud para hablar y tratar temas de sexualidad con su hijo adolescente respecto a la protección, abstinencia y retraso del inicio de las relaciones sexuales para prevenir el contagio de ITS y VPH. Los estudios actuales, han vinculado la actitud hacia la vacuna del VPH como una forma de prevención contra el virus. La literatura es consistente, la actitud positiva se ha vinculado con el desarrollo y mantenimiento de medidas de prevención, si bien esto ha sido en relación a la vacuna contra el virus (Wong & Sam, 2010); puede inferirse que una actitud positiva de los padres hacia la prevención del VPH conduzca a un mayor involucramiento en la prevención de este virus en sus hijos adolescentes.

Por otra parte, dando explicación a los factores de tipo social, se encontró que el ambiente familiar, tiene influencia directa en el rol que los padres desempeñen para prevenir VPH en adolescentes, este dato resalta la importancia de la familia como un elemento clave para que los padres lleven a cabo funciones protectoras con sus hijos en el ámbito de sexualidad. En México, la familia es considerada un factor esencial para el desarrollo de los hijos, es la base fundamental de las interacciones sociales, promoción de valores y conductas seguras para el adolescente. Se encontró que los padres participantes en el estudio perciben un adecuado funcionamiento del ambiente familiar mediante la comunicación, unión y apoyo entre los miembros de la familia. Esto es congruente a lo reportado en la literatura donde se señala que los vínculos emocionales y la comunicación son un medio que promueve el adecuado ambiente familiar, además propician bases para que el comportamiento y acciones futuras de los adolescentes ante una situación de riesgo, sean seguras (McCubin & Corneau, 1987; McCubin & Patterson, 1987; Oliva et al., 2002).

Además el adecuado funcionamiento del ambiente familiar se relaciona con menores actitudes negativas hacia la prevención del VPH. Este resultado concuerda con lo reportado por Undie et al. (2007) quienes refieren que las condiciones familiares que propician un ambiente de comunicación y bienestar entre los miembros de la familia, ayudan a que se promueva conductas seguras en los adolescentes. El ambiente familiar es un elemento significativo en la prevención de conductas de riesgo de los adolescentes, si el ambiente presenta problemas y falta de comunicación, puede generar riesgos en el adolescente (Friedman & Utada, 1992; Piercy, Volk, Trepper, & Sprenkle, 1991).

Otros factores de tipo social son el machismo y el marianismo, los cuales son actitudes fuertemente arraigadas a la cultura mexicana y que se han asociado con las diferentes posturas y conductas sexuales de los padres. En lo que respecta al machismo, es un factor que inhibe que los padres lleven a cabo un rol en la prevención de VPH en

adolescentes, las diferentes posturas y actitudes respecto a la sexualidad generan que conductas sexuales de riesgo sean permisivas, en ocasiones son los padres quienes promueven prácticas sexuales en sus hijos para mostrar hombría, lo cual es una actitud machista considerada como un factor de riesgo para el adolescente (Concha et al., 2012; Valenzuela, Teresa, & Miranda, 2001). A pesar que en el presente estudio se encontró baja percepción de actitudes machistas, existe un estudio que difiere de este resultado, refiriendo que la relación de pareja se centra alrededor del hombre, además, son ellos quienes no permiten que su esposa haga labores fuera del hogar y en relación a la sexualidad, las mujeres deben aceptar que su pareja sea infiel, siendo estas características, actitudes machistas (Cinelli et al., 2008).

Aunado a estos datos se encontró además que a menores actitudes machistas de los padres, mayor percepción de riesgo y menor actitud negativa hacia la prevención del VPH; esto concuerda con la literatura que refiere que una actitud machista se asocia con las características negativas de la sexualidad, por lo tanto, las personas con creencias machistas no perciben el riesgo ante las prácticas sexuales inseguras y su actitud será renuente ante la prevención (Mosher & Tompkins, 1988; Ingoldsby, 1991). Los resultados en relación con la baja percepción de machismo en los padres pudieran atribuirse al adecuado ambiente familiar percibido por los padres el cual favorece la comunicación, la unión y confianza entre los miembros, esto pudiera contribuir a una mayor igualdad en el rol que desempeñan tanto padres como madres.

En relación al marianismo vinculado con el aspecto sexual, los padres tuvieron una baja percepción de actitudes marianistas, señalaron no estar de acuerdo en aspectos como permanecer virgen hasta el matrimonio, casarse para tener hijos, satisfacer las necesidades sexuales de la pareja sin argumento, respetar la opinión del hombre aunque no esté de acuerdo, hacer cualquier cosa que un varón le pida y no hablar de control de natalidad y sexo, sin embargo, los padres señalaron estar de acuerdo en que la familia

debe educar y enseñar valores a los hijos, promover el valor espiritual y religioso entre los miembros de la familia. Este hallazgo es congruente con Jezzini (2013) quienes refieren que un factor que incrementa la actitud marianista en las mujeres México-Americanas, es el valor familiar; sin embargo dichos autores no midieron el marianismo relacionado a la sexualidad.

Otro resultado fue que a mayores creencias marianistas mayor percepción de riesgo y mayor actitud negativa hacia la prevención del VPH. Estos hallazgos concuerdan por lo reportado por Santos et al. (1995) quienes reportan que si los hombres y mujeres tienen actitudes marianistas son capaces de tener mayor percepción de riesgo ante las conductas sexuales inseguras; Rodríguez (1991) refiere que si la actitud de los padres es formada bajo creencias sexuales marianistas, la actitud hacia la prevención del VPH es negativa.

De acuerdo a Meleis (2000) la interacción de factores facilitadores e inhibidores tiene un efecto en los procesos que conllevan a una conducta saludable. En relación con el presente estudio la autoeficacia de los padres para la comunicación sexual con adolescentes se considera un proceso fundamental necesario para que los padres desarrollen un rol protector para la prevención del VPH en sus hijos adolescentes. Los padres se perciben seguros para comunicar a sus hijos la importancia de abstenerse y la opinión que tienen respecto a las relaciones sexuales, además muestran seguridad al comunicar diversas formas para prevenir embarazos e ITS en general, uso de condón y cambios que ocurren en los (as) adolescentes como es la menstruación y los sueños húmedos. Por el contrario, Castillo et al. (2015) reportaron que los padres no son capaces de transmitir información sobre ITS y embarazos no deseados a sus hijos adolescentes.

Los padres que tienen mayor conocimiento acerca del VPH, menor actitud negativa hacia la prevención, que perciben un adecuado ambiente familiar y menor

machismo son más autoeficaces para comunicar temas de sexualidad a sus hijos adolescentes. En relación al conocimiento, Chapman y Harris (2016), reportó resultados similares, los padres con mayor información acerca del VPH tienen mayor capacidad para involucrarse en la comunicación de riesgo sexual con adolescentes; así mismo Lehr et al. (2005), reportaron que el conocimiento de los padres sobre temas de sexualidad se relacionó con la autoeficacia de los padres para comunicar estos temas. Contrario a lo anterior, Kaljee et al. (2016) reportaron que los padres no se sienten cómodos cuando hablan con sus hijos acerca de temas de sexualidad. En cuanto a la relación de la actitud hacia la prevención del VPH con la autoeficacia para la comunicación sexual, los hallazgos coinciden con Castro et al. (2012) quienes refirieron que la relación y comunicación constante con los hijos, permite a los padres entablar conversaciones sobre sexualidad y tener actitudes positivas hacia la prevención de conductas sexuales de riesgo.

El adecuado funcionamiento del ambiente familiar, favorece a que los padres sean capaces de comunicar temas de sexualidad a los adolescentes; las actitudes machistas disminuyen la autoeficacia de los padres para comunicar temas de sexualidad, si los padres tienen creencias machistas en donde estén de acuerdo que el hombre lleve a cabo conductas sexuales de riesgo, la capacidad que ellos tengan para establecer una comunicación sexual con los hijos adolescentes se verá afectada y el adolescente puede reproducir la conducta machista de los padres (Concha et al., 2012; Valenzuela et al., 2001).

Los padres que se perciben más autoeficaces para la comunicación sexual con sus hijos adolescentes son aquellos que desempeñan un rol protector para la prevención del VPH el cual está determinado por el monitoreo parental y la comunicación sexual. Se encontró que los padres frecuentemente monitorean las actividades de los hijos. Esto es congruente con lo señalado por Hidalgo et al. (2014) quienes reportan que los padres

tienen altos niveles de monitoreo con los hijos adolescentes. Al respecto, mediante una revisión sistemática, se encontró que un mayor monitoreo parental está asociado a las prácticas sexuales seguras (Kincaid et al., 2012; Lee et al., 2010).

Un hallazgo relevante es que a pesar que la mayoría de los padres respondió que sus hijos (as) aún no han tenido relaciones sexuales y no tienen novio (a), de manera frecuente monitorean las actividades de sus hijos (as). Esto es congruente con algunos estudios que reportan que los padres efectúan un mayor monitoreo parental, la supervisión se considera un factor protector para la conducta sexual segura (Coakley et al., 2017; Lee et al., 2010).

En relación a la comunicación sexual, se encontró que los padres comunican poco, lo que contradice la alta autoeficacia para la comunicación sexual que ellos reportan. Respecto a la poca comunicación sexual de los padres, Ramírez et al. (2006) refieren que los padres comunican poco temas de sexualidad a los hijos, lo cual puede deberse a diversos factores, por ejemplo, la falta de conocimiento, vergüenza, creer que los hijos tiene edad inapropiada y ser el sexo opuesto al hijo.

Considerar la percepción de los adolescentes acerca del rol de los padres fue un aspecto importante de considerar en el presente estudio. De acuerdo a la percepción de los adolescentes, son las madres quienes monitorean más que los padres, estos resultados coinciden con Noser, Patton, Van Allen, Nelson y Clements (2017) quienes refieren que los adolescentes perciben mayor monitoreo parental por parte de las madres. Aunado a estos resultados, en la presente investigación no se encontró diferencia significativa del monitoreo que lleva a cabo el padre o madre, sin embargo en puntuaciones de media, son los padres quienes ligeramente monitorean más a los hijos adolescentes a diferencia de las madres, dato contrario a lo que perciben los adolescentes. Estos resultados de la percepción de los padres concuerdan con Ahmadi et al. (2013), quienes reportan que los hombres monitorean más que las mujeres. Es importante señalar que la literatura no es

concluyente respecto a quien de los padres realiza mayor monitoreo parental, la literatura señala que depende del rol tradicional que los padres desempeñen de acuerdo a la cultura del país. De igual manera, los adolescentes perciben que sus padres comunican poco temas de sexualidad, sin embargo perciben mayor comunicación de las madres que los padres. Este resultado concuerda con Gallegos et al. (2008) quienes reportaron que las madres son quienes más comunican a los hijos temas de sexualidad que los padres.

El modelo de transición de Meleis, es una teoría de rango medio que ayuda a la explicación de la transición de rol de los padres en la prevención de VPH en adolescentes, los diversos factores que facilitan o inhiben este proceso ayudan a que se tenga una visión más amplia de cómo es que la función protectora de los padres puede verse afectada por elementos tanto personales como sociales, siendo estos últimos, factores que en la población mexicana, aún se encuentran muy arraigados. Una vez que el modelo permite dar una visión más amplia de cómo es que esos factores interactúan, permite analizar cuál es el indicador de proceso que bajo diversas condiciones tanto personales como sociales genera que los padres desempeñen un adecuado rol protector.

A pesar que en el presente estudio la percepción de machismo de los padres fue baja, cabe destacar que es un factor que tiene un efecto importante negativo en la autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes. Por otra parte, el ambiente familiar, la actitud positiva hacia la prevención del VPH y el conocimiento acerca del VPH generan que los padres sean más autoeficaces para comunicar temas de sexualidad con sus hijos adolescentes, si los padres son más autoeficaces, el rol que desempeñen será en función de la prevención del VPH. Los factores que tienen mayor efecto en el rol de los padres para la prevención de VPH en adolescentes, son diversos, en primer lugar la autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes, posteriormente la actitud hacia la prevención del VPH y el machismo con un efecto negativo y el menor efecto se atribuye al ambiente familiar.

De acuerdo a la capacidad explicativa, de las variables del estudio, es evidente que existen factores de otra índole que pueden explicar de manera más amplia como es que los padres pueden desempeñar un mejor rol protector, un aspecto importante de analizar son los estilos de crianza parental, existe literatura que refiere que de acuerdo al estilo que los padres utilicen como crianza en sus hijos, genera cambios en las conductas de los hijos adolescentes, estas pueden ser protectoras o de riesgo. Por otra parte, otro factor que puede vincularse es la falta de autoridad eficiente de los padres para normar a los hijos, lo cual produce desestabilización que, unido al proceso de cambios y transformaciones por los que atraviesa el adolescente, genera que este incurra en prácticas sexuales de riesgo.

Limitaciones del estudio

El diseño del estudio fue de tipo transversal, lo que limita una evaluación de manera precisa. Además se utilizó un muestreo por conveniencia a padres y adolescentes que habitaban en el área metropolitana de Monterrey, lo cual implica que los resultados no pueden ser generalizados a toda la población de padres.

Para el presente estudio se incluyeron familias nucleares formadas por padre, madre e hijos, esto puede considerarse una limitación del estudio debido a que no permite generalizar los resultados a familias con otras características como las de tipo monoparental, donde los resultados pueden ser diferentes.

Otra de las limitaciones del estudio puede atribuirse a que no se indagó la razón por la que los padres no aceptaron participar en el estudio. Esto pudiera atribuirse a que la investigación estaba enfocada a temas de sexualidad, lo cual puede haber generado que los padres no se sintieran cómodos en el llenado de los instrumentos. Sin embargo, este aspecto no fue valorado, por lo que se considera relevante identificar el perfil que los padres deben tener en cuanto se realiza una investigación que abarca temas de sexualidad, el no conocer esas características en los padres puede afectar el rol que están

desempeñado con sus hijos adolescentes en función de la prevención de conductas sexuales de riesgo.

Conclusiones

Con base a los resultados de los factores facilitadores e inhibidores personales se puede concluir que los padres tienen poco conocimiento acerca del VPH. Sin embargo, perciben riesgo de contagio de VPH en sus hijos adolescentes, las relaciones sexuales sin protección y el no uso del condón, son los factores de riesgo que más identifican a pesar de que la mayoría no cree que su hijo (a) haya iniciado vida sexual activa y tenga novio (a). Los padres perciben baja actitud negativa hacia la prevención del VPH. El riesgo percibido para contraer VPH se relaciona con el conocimiento acerca del VPH, a mayor conocimiento acerca del VPH, mayor riesgo percibido para contraer VPH. Además, el riesgo percibido se relaciona con la actitud de los padres para la prevención del VPH, si los padres perciben riesgo, tienen menor actitud negativa hacia la prevención de este virus.

Por otra parte en relación a los factores facilitadores e inhibidores sociales, los padres perciben un adecuado funcionamiento del ambiente familiar y baja percepción de actitudes machistas y marianistas. El ambiente familiar se relaciona con la actitud hacia la prevención del VPH, a mejor ambiente familiar, menor actitud negativa hacia la prevención del VPH. En relación al machismo, a menores actitudes machistas de los padres, mayor percepción de riesgo y menor actitud negativa hacia la prevención del VPH. El marianismo se relacionó positivamente con el riesgo percibido para contraer VPH y con la actitud hacia la prevención, a mayores creencias marianistas mayor percepción de riesgo y mayor actitud negativa hacia la prevención del VPH.

Los padres que tienen menores actitudes machistas, que perciben un adecuado ambiente familiar, que tienen menor actitud negativa hacia la prevención y mayor conocimiento acerca del VPH se perciben más autoeficaces para comunicar temas de

sexualidad a sus hijos adolescentes; así mismo, los padres que se perciben más autoeficaces para la comunicación sexual con sus hijos adolescentes desempeñan un rol protector para la prevención del VPH.

La autoeficacia para la comunicación sexual con adolescentes, la actitud hacia la prevención del VPH (efecto negativo), el machismo (efecto negativo) y el ambiente familiar (efecto positivo) tienen efecto directo en el rol de los padres para la prevención del VPH en adolescentes.

El rol protector para la prevención del VPH percibido por padres y adolescentes está dado principalmente por un mayor monitoreo y una menor comunicación sexual. De acuerdo a la percepción de los adolescente, son las madres quienes tienen un mayor monitoreo y comunicación sexual.

Recomendaciones

Estos resultados son relevantes para enfermería para el desarrollo de estrategias de prevención dirigidas hacia los padres para lograr la prevención de conductas sexuales de riesgo en los adolescentes. Se recomienda fortalecer los factores facilitadores y contrarrestar los factores inhibidores que están implícitos en el rol que los padres efectúan para prevenir el VPH. Basados en este aspecto es importante incrementar una actitud positiva en los padres con la finalidad de promover la prevención del VPH, además es necesario que los padres tengan un mayor conocimiento de este virus y que disminuyan las actitudes machistas, de esta manera los padres pueden ser más autoeficaces y comunicar temas de sexualidad a sus hijos permitiéndoles el desempeño de un rol protector.

Para la práctica se recomienda realizar intervenciones de enfermería enfocadas en los padres para aumentar el conocimiento de los riesgos potenciales que conlleva el contagio de VPH, tal como el CaCU. Además, es importante hacer énfasis en los programas de prevención dirigidos a los adolescentes ante el incremento del contagio del

VPH en este grupo poblacional, las estrategias deben orientarse a empoderar a los adolescentes en el uso y mantenimiento de medidas preventivas. Para la investigación se recomienda que el estudio se realice con un diseño cuasi experimental, además que las variables de machismo y marianismo sean abordadas a través de un enfoque cualitativo que permita tener una medición más objetiva en relación a la influencia de estos factores en la sexualidad. Respecto a la variable de monitoreo parental se recomienda que sea analizado mediante los diferentes estilos parentales ya que algunos estudios refieren que el monitoreo se relaciona con el estilo parental de los padres, lo cual puede generar que las conductas sexuales de los adolescentes sean o no de riesgo.

Referencias

- Ahmadi, K., Khodadadi, S., Aminimanesh, S., Mollazamani, A., & Khanzade, M. (2013). The Role of Parental Monitoring and Affiliation with Deviant Peers in Adolescents' Sexual Risk Taking: Toward an Interactional Model. *International Journal of High Risk Behaviors & Addiction*, 2(1), 22-27.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). Theory of Action Reasoned. *Journal of Experimental Social Psychology*, 6, 466-487.
- Álvarez, C. (2012). *Sexual Communication Among Young Adult Heterosexual Latinos*. (Tesis Doctoral). Universidad de Michigan. Recuperado de https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/93982/alvarezc_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures 2014*_Notificación de salida. Atlanta: American Cancer Society; 2014. Accessed February 25, 2014.
- Anders, G. (1993). Machismo: Dead or alive. *Hispanic*, 3, 14-17.
- Andrade, P., Betancourt, O., & Palacios, D. (2006). Factores familiares asociados a la conducta sexual en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 15(1), 91-101.
- Andrade, P., Betancourt, O., Vallejo, C., Celis, O., & Rojas, R. (2012). Prácticas parentales y sintomatología depresiva en adolescentes. *Salud mental*, 35(1), 29-36.
- Atienzo, E., Campero, L., Estrada, F., Rouse, C., & Walker, D. (2011). Intervenciones con padres de familia para modificar el comportamiento sexual en adolescentes. *Revista Salud Pública de México*, 53(2), 160-171.
- Baeza, S. (2013). El rol de la familia en la educación de los hijos. *Psicología y psicopedagogía*, 1(3), 1-14.

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2), 191-215.
- Bandura, A. (1994). Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. *Preventing AIDS*, 25-59.
- Barudy, J. & Dantagnana, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser madre o padre. Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Barcelona. Editorial GEDISA.
- Bastien, S., Kajula, L., & Muhezi, W. (2011). A review of studies of parent-child communication about sexuality and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa. *Reproductive Health*, 8 (25), 1-17.
- Benatuil, D. & Laurito, J. (2010). La adaptación cultural en estudiantes extranjeros. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*. 10, 119-134.
- Benítez, A. R., Lorenza, P. C., & Martínez, G. G. (2016). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención de sífilis y VIH de indígenas, Distrito Dr. Juan Eulogio Estigarribia, año 2014. *Revista del Instituto de Medicina Tropical*, 11(1), 35-44.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal. Synthesis and Generation of Evidence*. St Louis. Editorial Saunders Elsevier.
- Caricote A. E. (2008). Influencia de los padres en la educación sexual de los adolescentes. *Educere*, 12(40), 79-87.
- Carranza, M. (2013). Value transmission among salvadorian mothers and daughters: marianismo and sexual morality. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 30(4), 311-327.
- Castellano, B. (2005). El adolescente y su entorno: sociedad, familia y amigos. *Pediatría Integral*, 9 (1), 41-46.

- Castillo, A., Álvarez, A., Valle, S., & Hernández, R. (2015). Autoeficacia de padres para hablar con sus hijos acerca de sexo. *Ciencia UANL*, 18(73), 44-50.
- Castro, R., Miranda, M., & Borre, A. (2012). Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del Virus del Papiloma Humano en adolescentes escolarizados. *Revista Ciencias Biomédicas*, 3(2), 275-281.
- Cates, J., Shafer, A., Carpentier, F., Reiter, P., Brewer, N., McRee, A., & Smith, J. (2010). How Parents Hear about HPV Vaccine: Implications for Uptake. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 47(3), 305-308.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2016). Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. Recuperado de <https://www.cdc.gov/std/treatment/2010/std-treatment-2010-rr5912.pdf>
- Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) (2014). Cáncer de Cuello Uterino. Recuperado de http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/introduccion_CM.html
- Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) (2015). Introducción de vacuna preventiva y prueba de detección del Virus del Papiloma Humano (VPH). Programa de Cáncer Cérvico Uterino, Cáncer de Cuello Uterino. Recuperado de http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Susana_Ceron_Experiencia_Mexico.pdf
- Chapman, C., & Harris, A. (2016). Cervical Cancer Screening for Women Living With HIV. *Nursing for Women's Health*, 20(4), 392-398.
- Cianelli, R., Ferrer, L., & McElmurry, B. J. (2008). HIV prevention and low-income Chilean women: machismo, marianismo and HIV misconceptions. *Culture, health & sexuality*, 10(3), 297-306.

- Coakley, T., Randolph, S., Shears, J., Beamon, E., Collins, P., & Sides, T. (2017). Parent-youth communication to reduce at-risk sexual behavior: A systematic literature review. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 1-16.
- Coetzee, J., Dietrich, J., Otjombe, K., Nkala, B., Khunwane, M van der, Watt., Sikkema, K. J., & Gray, G. E. (2014). Predictors of parent-adolescent communication in post-apartheid South Africa: A protective factor in adolescent sexual and reproductive health. *Journal of adolescence*, 37(3), 313-324.
- Coloma, M., & Piscoya, R. (2014). La adolescencia es más que una palabra. *Sociología y cultura*, 87-96.
- Concha, P., Urrutia, S., & Riquelme, H. (2012). Creencias y virus papiloma humano. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 77(2), 87-92.
- Córdova, D., Huang, S., Lally, M., Estrada, Y., & Prado, G. (2014). Do Parent-Adolescent Discrepancies in Family Functioning Increase the Risk of Hispanic Adolescent HIV Risk Behaviors? *Family Process*, 53(2), 348-363.
- De la Fuente R. (2002). Masculinidad, un constructo social. *Anuario*, 41-52.
- Demicheli, V., Jefferson, T., Rivetti, A., & Price, D. (2012). Vaccines for measles, mumps and rubella in children. *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 8(6), 2076-2238.
- Díaz, C., & Orozco, Y. (2014). Adolescencia, cultura y ley en la época actual. Una reflexión psicoanalítica. *Textos y Sentidos*, 9, 176-186.
- Díaz, R., Rosas, R., & González, R. (2010). Escala de Machismo Sexual (EMS-Sexismo-12): diseño y análisis de propiedades psicométricas. *Summa psicológica UST*, 7(2), 35-44.
- Dieng, M., Trevena, L., Turner, R. M., Wadolowski, M., & McCaffery, K. (2013). What Australian women want and when they want it: cervical screening testing

- preferences, decision-making styles and information needs. *Health Expectations*, 16(2), 177-188.
- DiIorio, C., Dudley, W., Wang, D., Wasserman, J., Eichler, M., Belcher, L., & West-Edwards, C. (2001). Measurement of parenting self-efficacy and outcome expectancy related to discussions about sex. *Journal of Nursing Measurement*, 9(2), 135-149.
- Dishion, T., & McMahon, R. (1998). Parental monitoring and the prevention of child and adolescent problem behavior: A conceptual and empirical formulation. *Clinical child and family psychology review*, 1(1), 61-75.
- Domenech, C., & Cabero, S. (2011). Las competencias parentales en la familia contemporánea: descripción, promoción y evaluación. *Educación social: revista de intervención socioeducativa*, 49, 25-48.
- Domínguez, D. (2011). Influencia de la familia en la sexualidad adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 37(3), 387-398.
- Dorleans, F., Giambi, C., Dematte, L., Cotter, S., Stefanoff, P., Mereckiene, J., & Levy-Bruhl, D. (2010). The current state of introduction of human papillomavirus vaccination into national immunisation schedules in Europe: first results of the VENICE2 2010 survey. *Eurosurveillance*, 15(47), 2-23.
- Dulock, H., & Holzemer, W. L. (1993). Substruction: Improving the linkage from theory to method. *Nursing Science Quarterly*, 4(2), 83-87.
- Eccles, J., Wigfield, A., & Schiefele, U. (1998). Social, emotional, and personality development, *Handbook of child development*, 5, 1017-1095.
- Elashoff, D., Dixon, J., & Crece, M. (2000). Paquete Estadístico n'Query Advisor ® (Versión 4.0). Copyright [Software Estadístico para PC]. Los Ángeles C. Statical Solutions.

- Espada, S., Quiles, S., & Méndez, C. (1982). Conductas sexuales de riesgo y prevención del sida en la adolescencia. *Papeles del Psicólogo*, 85, 29-36.
- Friedman, A., & Utada, A. (1992). The family environments of adolescent drug abusers. *Family Dynamics of Addiction Quarterly*, 2(2), 32-45.
- Frizzo, B., Cassanti, A., Bastos, B., Damrose, E., Lina, V., & Silva, L. (2016). Human Papillomavirus and students in Brazil: an assessment of knowledge of a common infection-preliminary report. *Brazilian journal of otorhinolaryngology*, 83(2), 120-125.
- Gallegos, E., Villarruel, A., Gómez, M., Onofre, D., & Zhou, Y. (2007). Research brief: sexual communication and knowledge among Mexican parents and their adolescent children. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 18(2), 28-34.
- Gallegos, E., Villarruel, A., Loveland-Cherry, C., Ronis, D., & Zhou, Y. (2008). Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado. *Salud Pública de México*, 50(1), 59-66.
- Ghojzadeh, M., Azar, Z., Saleh, P., Naghavi-Behzad, M., & Azar, N. (2012). Knowledge and attitude of Iranian university students toward human papilloma virus. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(12), 6115-6119.
- Gloria, A., Ruiz, E., & Castillo, E. (2004). Practicing multiculturalism: Affirming diversity in counseling and psychology. *Counseling and psychotherapy with Latino and Latina clients*, 167-89.
- Gómez-Inclán, S., & Durán-Arenas, L. (2017). El acceso a métodos anticonceptivos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 59(3), 236-247.
- González, V., Orcasita, L., Carrillo, J., & Palma-García, D. (2017). Comunicación familiar y toma de decisiones en sexualidad entre ascendientes y adolescentes.

Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 15(1), 419-430.

Gutiérrez, J. P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012.

Hernandez, A., Zule, W., Karg, R., Browne, F., & Wechsberg, W. (2012). Factors that influence HIV risk among Hispanic female immigrants and their implications for HIV prevention interventions. *International Journal of Family Medicine*, 2012, 1-12.

Hernández-Carreño, L., Padilla-Loredo, S., & Quintero-Soto, M. (2012). Factores de riesgo en adolescentes para contraer el Virus del Papiloma Humano. *Revista Digital Universitaria*, 13(9), 1-17.

Herrera-Ortiz, A., Arriaga-Demeza, C., Conde-González, J., & Sánchez-Alemán, M. (2013). Conocimiento sobre el virus herpes simple tipo 2 y virus del papiloma humano y percepción de riesgo a adquirir las infecciones entre estudiantes universitarios. *Gaceta Médica de México*, 149, 16-26.

Hidalgo, M., Garofalo, R., Kuhns, L., Kwon, S., & Mustanski, B. (2014). Parental Monitoring as a Moderator of the Effect of Parent-adolescent Sexual Communication on Unprotected Anal Intercourse Among Young Men Who Have Sex With Men. *Journal of Adolescent Health*, 54(2), 57.

Holguín, Y., Mendoza, L., Esquivel, C., Sánchez, R., Daraviña, A., & Acuña, M. (2013). Factores asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes de Tuluá, Colombia. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 78(3), 209-219.

Hutchinson, M. (2007). The parent-teen sexual risk communication scale (PTSRC-III): Instrument development and psychometrics. *Nursing Research*, 56(1), 1-8.

- Ingoldsby, B. B. (1991). The Latin American family: familism vs. machismo. *Journal of Comparative Family Studies*, 57-62.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2010). Censo Nacional de Población y Vivienda 2010. Presentación de principales resultados: características demográficas y sociales. Recuperado de <http://www.censo2010.org.mx/>
- Jaglarz, K., Tomaszewski, K. A., Kamzol, W., Puskulluoglu, M., & Krzemieniecki, K. (2014). Creating and field-testing the questionnaire for the assessment of knowledge about cervical cancer and its prevention among schoolgirls and female students. *Journal of gynecologic oncology*, 25(2), 81-89.
- Janz, N., & Becker, M. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1-47.
- Jemmott, V., & Jemmott. (2000). Latino mother-son HIV risk reduction interventions.
- Jezzini, A. T. (2013). *Acculturation, marianismo gender role, and ambivalent sexism in predicting depression in Latinas*. (Tesis doctoral). Universidad de Denver. Recuperado de <http://digitalcommons.du.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1316&context=etd>
- Jones, G., Chen, X., Stanton, B., Dina-Koci, V., Deveaux, L., Lunn, S., & Perry, M. (2012). Parental monitoring and risky behavior in bahamian youth. *International Journal of Child, Youth and Family Studies*, 4, 376-395.
- Kaljee, L., Minh, T., Lerdboon, P., Green, M., Riel, R., & Pham, V. (2012). A sexual health program for Vietnamese parents of adolescents: a preliminary report on changes in parental knowledge, communication, and self-efficacy for condom use. *Journal of the Association of Nurses in AIDS care*, 23(6), 555-560.
- Kaljee, L., Wang, B., Deveaux, L., Lunn, S., Rolle, G., Villar, M. E., & Stanton, B. (2016). Cross-sectional data on alcohol and marijuana use and sexual behavior

- among male and female secondary school students in New Providence, The Bahamas. *International journal of adolescent medicine and health*, 28(2), 133-140.
- Karoly, H., Callahan, T., Schmiede, S., & Ewing, S. (2015). Evaluating the Hispanic paradox in the context of adolescent risky sexual behavior: The role of parent monitoring. *Journal of pediatric psychology*, 41(4), 429-440.
- Kincaid, C., Jones, D., Sterrett, E., & McKee, L. (2012). A review of parenting and adolescent sexual behavior: The moderating role of gender. *Clinical Psychology Review*, 32(3), 177-188.
- Lambert L. (2014). *Knowledge of HPV, Perception of Risk, and Intent to obtain HPV Vaccination among sampled Male University Students at Minnesota State University, Mankato*. (Tesis doctoral). Universidad de Mankato, Minnesota. Recuperado de <http://cornerstone.lib.mnsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1303&context=etds>
- Lambert, C., Chandler, R., McMillan, S., Kromrey, J., Johnson-Mallard, V., & Kurtyka, D. (2015). Pap test adherence, cervical cancer perceptions, and HPV knowledge among HIV-infected women in a community health setting. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 26(3), 271-280.
- Lee, F., Paz-Soldan, V., Carcamo, C., & Garcia, P. (2010). Knowledge and attitudes of adult Peruvian women vis-a-vis human papillomavirus (HPV), cervical cancer, and the HPV vaccine. *Journal of lower genital tract disease*, 14(2), 113-117.
- Lehr, S., Demi, A., DiIorio, C., & Facticeau, J. (2005). Predictors of father-son communication about sexuality. *Journal of Sex Research*, 42(2), 119-129.
- Li, X., Stanton, B., & Feigelman, S. (2000). Impact of perceived parental monitoring on adolescent risk behavior over 4 years. *Journal of adolescent health*, 27(1), 49-56.

- Maiman, L., & Becker, M. (1974). The health belief model: Origins and correlates in psychological theory. *Health Education Monographs*, 2(4), 336-353.
- Maliki, A. E. (2012). The Effect of Teenage Pregnancy on Adolescents in Amassoma Community of Southern Ijaw Local Government Area of Bayelsa State. *Asian Social Science*, 8(1), 62.
- Manrique, C., & Rivera, L. (2014). La adolescencia es más que una palabra. *Educación*, 14(26), 87-96.
- Manu, A., Mba, C., Asare, G., Odoi-Agyarko, K., & Asante, R. (2015). Parent-child communication about sexual and reproductive health: evidence from the Brong Ahafo region, Ghana. *Reproductive health*, 12(1), 16.
- Marek, E., Dergez, T., Rebek-Nagy, G., Kricskovics, A., Kovacs, K., Bozsa, S., & Gocze, P. (2011). Adolescents' awareness of HPV infections and attitudes towards HPV vaccination 3 years following the introduction of the HPV vaccine in Hungary. *Vaccine*, 29(47), 8591-8598.
- Marlow, L., Zimet, G., McCaffery, K., Ostini, R., & Waller, J. (2013). Knowledge of human papillomavirus (HPV) and HPV vaccination: an international comparison. *Vaccine*, 31(5), 763-769.
- McCubin H., & Patterson, J. (1987) FILE: Family Inventory of Life Events and Changes. En H. I. McCubin y A. I. Thompson (Eds). Family Assesment inventories for research and practice (145-169). Madison: The University of Wisconsin.
- McCubin H., Patterson, J., & Wilson, L. (1987) FIRM: Family Inventory of Resources for Management. En H. I. McCubin y A. I. Thompson (Eds). Family Assesment inventories for research and practice (145-160). Madison: The University of Wisconsin.

- McCubin, H., & Corneau, J. (1987). FIRM: Family Inventory of Resources for Management. En H.I. McCubin A.I. Thompson (Eds.) Family Assessment inventories for research and practice (145-169). Madison: The University of Wisconsin.
- McPartland, T., Weaver, B., Lee, S., & Koutsky, L. (2005). Men's perceptions and knowledge of human papillomavirus (HPV) infection and cervical cancer. *Journal of American College Health*, 53(5), 225-230.
- Medina, M., Medina, M., & Merino, L. (2014). Conductas de riesgo y nivel de conocimientos sobre Papiloma virus humano en universitarios del noreste de Argentina. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología*, 34(4), 140.
- Meleis, A. (2000). *Theoretical Nursing Development & Progress*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Miller, K., Forehand, R., & Kotchick, B. (1999). Adolescent sexual behavior in two ethnic minority samples: The role of family variables. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 85-98.
- Morales-Campo, D., Markham, Ch., Fleschler, M., & Fernandez, M. (2012). Sexual Initiation, Parent Practices, and Acculturation in Hispanic Seventh Graders. *Journal of School Health*, 82(2), 75-81.
- Mosher, D., & Tomkins, S. (1988). Scripting the macho man: Hypermasculine socialization and enculturation. *Journal of Sex Research*, 25(1), 60-84.
- Musitu, G., & Cava, M. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención Psicosocial*, 12, 179-192.
- Noser, A., Patton, S., Van-Allen, J., Nelson, M., & Clements, M. (2017). Evaluating Parents' Self-Efficacy for Diabetes Management in Pediatric Type 1 Diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 42(3), 296-303.

- Oliva, D., Parra, J., & Sánchez, Q. (2002). Relaciones con padres e iguales como predictoras del ajuste emocional y conductual durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología*, 20 (2), 225-242.
- Orcasita, L., Uribe, A., Castellanos, L., & Gutiérrez, M. (2012). Apoyo social y conductas sexuales de riesgo en adolescentes del municipio de Lebrija Santander. *Revista de Psicología*, 30(2), 371-406.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016). Infecciones de transmisión sexual. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015). Inmunización, Vacunas y Productos Biológicos. Virus del papiloma humano (VPH). Recuperado de <http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Serie Informes Técnicos. Recuperado de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/
- Osazuwa-Peters, N., Wang, D., Namin, A., John, V., O'Neill, M., Patel, P., & Varvares, M. (2015). Sexual behavior, HPV knowledge, and association with head and neck cancer among a high-risk group. *Oral oncology*, 51(5), 452-456.
- Padilla, N., & Díaz, R. (2011). Funcionamiento familiar, locus de control y patrones de conducta sexual riesgosa en jóvenes universitarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(2), 309-322.
- Paolino, M., Pantelides, E., Bruno, M., Maceira, V., Peña, L., Godoy, J., & Arrossi, S. (2011). Determinantes sociales del seguimiento y tratamiento de mujeres con Pap anormal en Avellaneda, Provincia de Buenos Aires. *Revista Argentina de Salud Pública*, 2(8), 21-27.
- Pardo, G., Sandoval, A., & Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 13-28.

- Piercy, F., Volk, R., Trepper, T., & Sprenkle, D. (1991). The relationship of family factors to patterns of adolescent substance abuse. *Family Dynamics of Addiction Quarterly*, 41-54.
- Piña-Watson, B., Castillo, L., Jung, E., Ojeda, L., & Castillo-Reyes, R. (2014). The Marianismo Beliefs Scale: Validation with Mexican American adolescent girls and boys. *Journal of Latina/o Psychology*, 2(2), 113.
- Poehlmann-Tynan, J., Runion, H., Burnson, C., Maleck, S., Weymouth, L., Pettit, K., & Huser, M. (2015). Young children's behavioral and emotional reactions to plexiglas and video visits with jailed parents. In *Children's Contact with Incarcerated Parents*, 39-58.
- Portero-Alonso, A., Alguacil-Ramos, A. M., Martín-Ivorra, R., Pastor-Villalba, E., & Lluch-Rodrigo, J. (2012). Conocimientos, creencias y actitudes de los adolescentes sobre la vacuna del virus del papiloma humano en la Comunidad Valenciana. *Vacunas*, 13(1), 7-14.
- Prelow, H., Loukas, A., & Jordan-Green, L. (2007). Socioenvironmental risk and adjustment in Latino youth: The mediating effects of family processes and social competence. *Journal of Youth and Adolescence*, 36, 465-476.
- Ramírez, A., González, G., Cavazos, R., & Ríos, G. (2006). Actitudes de los padres sobre sexualidad en sus hijos, valores y medidas preventivas de SIDA. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 7(1), 1-10.
- Rivera, R., & Cuentas, M. C. (2016). Influencia de la familia sobre las conductas antisociales en adolescentes de Arequipa-Perú. *Actualidades en Psicología*, 30(120), 85-97.
- Rivera-Heredia, M., & Andrade, P. (2010). Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (ERI). *Uaricha Revista de Psicología*, 14, 12-29.
- Rodríguez, M. L. (1991). *Orientación educativa*. Ceac.

- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 328-335.
- Ruiz, C., López-del Burgo C., Carlos, S., Calatrava M., Osorio A., & de Irala, J. (2012). Familia, amigos y otras fuentes de información asociadas al inicio de las relaciones sexuales en adolescentes de El Salvador. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 31(1), 54-61.
- Salvador, J., De Vargas, E., & Feldstein E. (2015). Who are Hispanic youth? Considerations for adolescent addiction clinical research and treatment. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 33(3), 348-362.
- Sánchez, L., Gutiérrez, M. E., Herrera, N., Ballesteros, M., Izzedin, R., & Gómez, Á. (2011). Representaciones sociales del noviazgo, en adolescentes escolarizados de estratos bajo, medio y alto, en Bogotá. *Revista de Salud Pública*, 13(1), 79-88.
- Santos, L., Muñoz, S., Lamas, M., Castellanos, G., Viveros, M., Arango, L. G., & Sáenz, J. (1995). *Género e identidad: Ensayos sobre lo femenino y lo masculino*. TM Editores.
- Schmidt, V., Maglio, A., Messoulam, N., Fernanda Molina, M., & Gonzalez, A. (2010). La comunicación del adolescente con sus padres: construcción y validación de una escala desde un enfoque mixto. *Revista Interamericana de Psicología*, 44(2), 299.
- Schumacher, K. & Meleis A. (1994) Transitorios: a central concept in nursing. Image: *Journal of Nursing Scholarship*, Indianapolis, 26 (2), 119-127.
- Secretaría de Salud (SSA). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México: 1987.
- Silva-Fhon, J., Andrade-Iraola, K., Palacios-Vallejos, E., Rojas-Huayta, V., & Mendonça-Júnior, J. (2014). Nivel de conocimientos y comportamientos de

- riesgo relacionados con infecciones de transmisión sexual entre adolescentes mujeres. *Enfermería Universitaria*, 11(4), 139-144.
- Smith, A., Yarwood, J., & Salisbury, D. M. (2007). Tracking mothers' attitudes to MMR immunisation 1996–2006. *Vaccine*, 25(20), 3996-4002.
- Soto, S., Ortiz, D., Carranza, A., & Lira, P. (2011). Virus del papiloma humano y adolescencia. *Ginecología y Obstetricia de México*, 79(4).
- Sotomayor-Peterson, M., Pineda-León, M., & Valenzuela-Medina, E. (2016). Co-crianza y familismo predictores de compañía e intimidad del joven hacia sus padres. *Revista Interamericana de Psicología*, 50(2).
- Stattin, H., & Kerr, M. (2000). Parental monitoring: A reinterpretation. *Child Development*, 71, 1072-1085.
- Stevens, E. P. (1973). Machismo and marianismo. *Society*, 10(6), 57-63.
- Strohl, A., Mendoza, G., Ghant, M., Cameron, K., Simon, M., Schink, J., & Marsh, E. (2015). Barriers to prevention: knowledge of HPV, cervical cancer, and HPV vaccinations among African American women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 212(1), 65.
- Thoma, B. C., & Huebner, D. M. (2014). Parental monitoring, parent–adolescent communication about sex, and sexual risk among young men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, 18(8), 1604-1614.
- Torrado-Arenas, D., Álvarez-Pabón, Y., González-Castañeda, J., Rivera-Contreras, O., Sosa-Vesga, C., González, B., & Sepúlveda-Agudelo, J. (2017). Conocimientos sobre el virus del papiloma humano y su vacuna en padres de familia de Rivera, Huila en el 2015. *Revista médicas UIS*, 30(1), 13-19.
- Valenzuela, S., Teresa, M., & Miranda, A. (2001). ¿Por qué no me hago el Papanicolau?: Barreras psicológicas de mujeres de sectores populares de Santiago de Chile. *Revista Chilena de Salud Pública*, 5(2), 75-80.

- Villarruel, A., Cherry, C., Cabriaes, E., Ronis, D., & Zhou, Y. (2008). A parent–adolescent intervention to increase sexual risk communication: Results of a randomized controlled trial. *AIDS Education & Prevention*, 20(5), 371-383.
- Wetzel, C., Tissot, A., Kollar, L., Hillard, P., Stone, R., & Kahn, J. (2007). Development of an HPV Educational Protocol for Adolescents. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 20(5), 281-287.
- Wong, L. & Sam, I. (2010). Ethnically diverse female university students' knowledge and attitudes toward human papillomavirus (HPV), HPV vaccination and cervical cancer. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 148(1), 90-95.
- Yacobi, E., Tennant, C., Ferrante, J., Pal, N., & Roetzheim, R.(1999). University students' knowledge and awareness of HPV. *Preventive medicine*, 28(6), 535-54.
- Ying, L., Huang, H., Guo, X., Chen, C., & Xu, F. (2015). Parental monitoring, parent-adolescent communication, and adolescents' trust in their parents in China. *PLOS ONE*, 10(8), 1-9.

Apéndices

Apéndice A

Cédula de datos de padres

Por favor, lea con atención las siguientes indicaciones:

1. Marque solo una respuesta por cada pregunta.
2. Es importante que no deje preguntas sin contestar.
3. Favor de marcar la respuesta en los recuadros con una X.

Datos sociodemográficos

1.- Sexo

☐ Femenino ☐ Masculino

2.- ¿Qué edad en años tiene usted?

3.- Escolaridad en años: _____

☐ Primaria incompleta, especifique el grado: _____

☐ Primaria completa

☐ Secundaria incompleta, , especifique el grado: _____

☐ Secundaria completa

☐ Preparatoria incompleta, especifique el grado: _____

☐ Preparatoria completa

☐ Licenciatura incompleta, especifique el tiempo: _____

☐ Licenciatura completa

4.- Estatus marital:

☐ 1) Casado (a)

☐ 2) Soltero (a)

☐ 3) Divorciado (a)

☐ 4) Unión libre

5.- La relación actual de pareja es:

☐ 1) Menor de un año

☐ 2) Mayor de un año

☐ 3) No tengo pareja

6.- Sexo de su hijo que cursa el tercer año de secundaria:

☐ 1) Femenino ☐ 2) Masculino

7.- Edad en años de su hijo (a) que cursa el tercer año de secundaria: _____

8. - Su hijo (a) quien cursa el tercer año de secundaria tiene o ha tenido novio (a):

☐ 1) Si ☐ 2) No

9. - Cree usted que su hijo (a) quien cursa el tercer año de secundaria ha iniciado su vida sexual activa (relaciones sexuales):

☐ 1) Si ☐ 2) No

Apéndice B

Cédula de datos para adolescentes

Por favor, lea con atención las siguientes indicaciones:

1. Marque solo una respuesta por cada pregunta.
2. Es importante que no deje preguntas sin contestar.
3. Favor de marcar la respuesta en los recuadros con una X.

Datos sociodemográficos

1.- Sexo

☐ Femenino ☐ Masculino

2.- ¿Qué edad en años tiene usted? _____

3.- Escolaridad en años: _____

4. – Usted tiene o ha tenido una pareja sentimental (novio) (a):

☐ 1) Si ☐ 2) No

5.- Usted ha iniciado su vida sexual activa (relaciones sexuales):

☐ 1) Sí ☐ 2) No

6.- Con quien vive usted actualmente:

☐ 1) Padres (papá y mamá)

☐ 2) Solo padre

☐ 3) Solo madre

☐ 4) Padrastro (pareja actual de mínimo un año) y madre

☐ 5) Madrastra (pareja actual de mínimo un año) y padre

☐ 6) Abuelos

☐ 7) Otros, especifique: _____

Apéndice C

Conocimiento de VPH

(Yacobi et al., 1999; McPartland et al., 2005)

A continuación se presentan una serie de preguntas que se refieren a conocimientos relacionados con el Virus del Papiloma Humano. Las opciones de respuesta son las siguientes:

1 = Cierto

2 = Falso

3 = No se

Instrucciones: Marque con una X la respuesta más adecuada para cada pregunta, es importante que no deje preguntas sin responder.

Preguntas	1	2	3
1. El Virus del Papiloma Humano es el virus que causa el herpes			
2. Las verrugas genitales son causadas por el Virus del Papiloma Humano			
3. El Virus del Papiloma Humano es el virus que puede causar cáncer de cuello uterino			
4. La mejor manera de prevenir las complicaciones causadas por el Virus del Papiloma Humano es tener pruebas regulares de Papanicolaou			
5. Si la prueba de Papanicolaou de una mujer es normal, ella no tiene el Virus del Papiloma Humano			
6. Los cambios en una prueba de Papanicolaou pueden indicar que una mujer tiene el Virus del Papiloma Humano			
7. Las verrugas genitales son causadas por el virus del herpes			
8. El Virus del Papiloma Humano puede causar cáncer oral (labios y lengua) y orofaríngeo (orofaringe)			

Preguntas	1	2	3
9. Las pruebas de Papanicolaou casi siempre detectan el Virus del Papiloma Humano			
10. Los síntomas de Virus del Papiloma Humano son crecimientos verrugos			
11. Si no se trata, el Virus del Papiloma Humano puede causar pre-cáncer o displasia cervical			
12. El sexo antes de los 16 años así como el sexo oral-genital, aumentan el riesgo de contraer Virus del Papiloma Humano			
13. Las múltiples parejas sexuales aumenta el riesgo de contraer Virus del Papiloma Humano			
14. Que su pareja tenga muchas parejas sexuales aumenta el riesgo de contraer Virus del Papiloma Humano			
15. Una prueba negativa para Virus del Papiloma Humano significa que usted no tiene Virus del Papiloma Humano			
16. Existe una vacuna para prevenir infecciones de Virus del Papiloma Humano			
17. La mayoría de las personas que tienen Virus del Papiloma Humano no presentan signos ni síntomas			
18. Tener un tipo de Virus del Papiloma Humano significa que usted no puede adquirir nuevos tipos de virus			
19. Yo puedo transmitir el Virus del Papiloma Humano a mi(s) pareja(s) aun si no tengo síntomas de Virus del Papiloma Humano			

Apéndice D
Percepción de riesgo del VPH
(Lambert L., 2014)

A continuación se presentan una serie de preguntas que se refieren a la percepción de riesgo que usted tiene respecto a que su hijo adolescente se contagie del Virus del Papiloma Humano. Las opciones de respuesta son las siguientes:

1 = Muy en desacuerdo

2 = En desacuerdo

3 = Neutral

4 = De acuerdo

5 = Muy de acuerdo

Instrucciones: marque con una X la respuesta más adecuada para cada pregunta.

Preguntas	1	2	3	4	5
1. Si mi hijo (a) está vacunado contra el VPH no está en riesgo de contraerlo					
2. Puesto que mi hijo (a) es estudiante, es una población altamente en riesgo para contraer el VPH					
3. Si mi hijo (a) se involucra en relaciones sexuales sin protección está en riesgo de contraer el VPH					
4. Si mi hijo (a) no está vacunado, está en riesgo de contraer el VPH					
5. Si mi hijo (a) se involucra relaciones sexuales protegidas no está en riesgo de contraer el VPH					
6. Si mi hijo (a) no utiliza condón en una relación sexual no se protege contra el VPH					

Apéndice E

Actitudes acerca de la comunicación sexual

(Jemmott, Villarruel & Jemmott, 2000)

A continuación se presentan una serie de preguntas acerca de diversas actitudes en relación a la comunicación sexual con su hijo. Las opciones de respuesta son las siguientes:

1 = Completamente en desacuerdo

2 = Desacuerdo

3 = Ni en desacuerdo ni en acuerdo

4 = De acuerdo

5 = Completamente en acuerdo

Instrucciones: marque con una X la respuesta más adecuada para cada pregunta.

Preguntas	1	2	3	4	5
1. Me da mucha vergüenza hablar con mi hijo(a) acerca de sexo					
2. Mi hijo (a) es demasiado joven para hablarle sobre sexo					
3. Parecería que estoy animando a mi hijo (a) para que tenga relaciones sexuales, si le hablo de sexo					
4. Mi hijo(a) ya tiene suficiente conocimiento sobre sexualidad y no necesito hablar con él/ella sobre sexo					
5. En mi familia no se habla de sexo					
6. Es más probable que mi hija no quede embarazada o que mi hijo no embarace a alguien, si hablo con mi hijo (a) para que no tenga relaciones sexuales					
7. Mi hijo(a) no me escucharía, si hablo con él/ella para que se abstenga de tener relaciones sexuales					

Preguntas	1	2	3	4	5
8. Me sentiré avergonzado (a), si hablo con mi hijo (a) para que se abstenga de tener relaciones sexuales					
9. Mi hijo (a) no me respetará, si hablo con él/ella para que se abstenga de tener relaciones sexuales					
10. Es menos probable que mi hijo (a) se contagie de VPH o alguna otra ITS, si hablo con él/ella para que se abstenga de tener relaciones sexuales					
11. Es menos probable que mi hijo embarace a alguien o que mi hija se embarace, si hablo con él/ella sobre métodos anticonceptivos y/o los condones					
12. Me sentiré más unido (a) a mi hijo (a), si hablo con él/ella sobre métodos anticonceptivos y/o condones					
13. Mi hijo (a) se sentirá más unido (a) a mí, si hablo con él/ella sobre métodos anticonceptivos, uso del condón, transmisión de VPH u otras ITS					
14. Mi hijo (a) no me escucharía, si hablo con él (ella) sobre métodos anticonceptivo, uso del condón, transmisión de VPH u otras ITS					
15. Me sentiré avergonzado (a), si hablo con mi hijo (a) sobre métodos anticonceptivos, uso del condón, transmisión de VPH u otras ITS					
16. Mi hijo (a) no me respetará, si hablo con él (ella) sobre métodos anticonceptivos, uso del condón, transmisión de VPH u otras ITS					
17. Es menos probable que mi hijo(a) se contagie de VPH u otras ITS, si hablo con él/ella sobre los mecanismos de transmisión, métodos anticonceptivos y uso del condón					

Apéndice F
Escalas para la Evaluación de las Relaciones
Intrafamiliares (E.R.I.)
(Rivera & Andrade, 2010)

A continuación se presentan una serie de preguntas que se refieren a aspectos relacionados con SU FAMILIA. Recuerde que lo importante es conocer SU punto de vista. Trate de ser lo más sincero posible. Las opciones de respuesta son las siguientes:

1 = Totalmente en desacuerdo

2 = En desacuerdo

3 = Neutral (ni en acuerdo ni en desacuerdo)

4 = De acuerdo

5 = Totalmente de acuerdo

Instrucciones: Indique marcando con una X la respuesta que mejor se adecue a la forma de actuar de su familia.

Preguntas	1	2	3	4	5
1. Los miembros de mi familia acostumbran hacer cosas juntos					
2. Animo a mis hijos a expresar abiertamente sus puntos de vista					
3. En mi familia, nadie se preocupa por los sentimientos de los demás					
4. Mi familia es cálida y nos brindamos apoyo					
5. En nuestra familia es importante para todos expresar nuestras opiniones					
6. La atmósfera de mi familia usualmente es desagradable					
7. Nuestra familia acostumbra hacer actividades en conjunto					
8. Mi familia me escucha					
9. Cuando tengo algún problema no se lo platico a mi familia					

Preguntas	1	2	3	4	5
10. Los miembros de mi familia de verdad nos ayudamos y apoyamos unos a otros					
11. En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño					
12. Los conflictos en mi familia nunca se resuelven					

Apéndice G

Escala de Machismo Sexual

(EMS Seximo-12)

(Díaz, Rosas & González, 2010)

En las siguientes preguntas exprese su opinión respondiendo honestamente, para ello utilice las siguientes opciones de respuesta:

1 = Totalmente en desacuerdo

2 = En desacuerdo

3 = Sin opinión

4 = De acuerdo

5 = Totalmente de acuerdo

Instrucciones: Marque con una X la respuesta más adecuada a las siguientes preguntas, tome en cuenta que no hay respuestas correctas ni incorrectas.

Preguntas	1	2	3	4	5
1. Que solamente el hombre tenga sexo antes del matrimonio					
2. Que un hombre tenga hijos fuera del matrimonio					
3. Que solamente el hombre tenga experiencia sexual					
4. Que un hombre tenga su primera relación sexual con una persona que no es su pareja					
5. Que un hombre casado o con pareja estable tenga relaciones sexuales con prostitutas					
6. Una mujer debe aceptar las infidelidades de su pareja					
7. El hombre necesita tener varias parejas sexuales					
8. Sin importar la situación o el estado de ánimo, la mujer debe tener relaciones sexuales cuando su pareja quiera tenerlas					
9. Que un hombre tenga varias parejas sexuales al mismo tiempo					

Preguntas	1	2	3	4	5
10. Que sea la mujer quien se encargue de cuidarse para la relación sexual					
11. El hombre debe iniciar su vida sexual en la adolescencia					
12. El hombre debe hacer que su hijo hombre inicie su vida sexual					

Apéndice H

Escala de Creencias de Marianismo

(Piña-Watson et al. 2014)

En las siguientes preguntas exprese su opinión respondiendo honestamente, para ello utilice las siguientes opciones de respuesta:

1 = Totalmente en desacuerdo

2 = En desacuerdo

3 = De acuerdo

4 = Totalmente de acuerdo

Instrucciones: Marque con una X la respuesta más adecuada a las siguientes preguntas, tome en cuenta que no hay respuestas correctas ni incorrectas.

Preguntas	1	2	3	4
1. Enseñar a sus hijos (as) a ser leales a la familia				
2. Hacer cosas que hacen feliz a la familia				
3. Ser fuente de fortaleza para la familia				
4. Ser la principal fuente de fortaleza para la familia				
5. Debo mantener a la familia unida				
6. Se debe permanecer virgen hasta el matrimonio				
7. Se debe esperar hasta después de casarse para tener hijos (as)				
8. Se debe ser puro				
9. Se deben adoptar los valores enseñados por la religión				
10. Se deben satisfacer las necesidades sexuales de la pareja sin argumento				
11. No hablar en contra de los hombres				
12. Respetar las opiniones de los hombres, incluso cuando no esté de acuerdo				

Preguntas	1	2	3	4
13. Evitar decir "no" a la gente				
14. Hacer cualquier cosa que un varón en la familia le pide que haga				
15. No hablar sobre control de la natalidad				
16. No expresar sus necesidades a su pareja				
17. Sentirse culpable por decirle a la gente lo que necesita				
18. No hablar de sexo				
19. Ser indulgente “complaciente” en todos los aspectos				
20. Siempre ser agradable a las decisiones de los hombres				
21. Ser el líder espiritual de la familia				
22. Debe mantener a la familia unida				
23. Ser la encargada de fomentar en la familia el apego religioso				

Apéndice I

Autoeficacia para hablar con sus hijos acerca de sexo

(Dilorio et al. 2001)

Las siguientes preguntas ayudarán a saber la eficacia que tiene usted para comunicarse con su hijo (s) sobre temas de sexualidad. Marque con una X la respuesta más adecuada para cada pregunta.

1 = No estoy totalmente seguro

2 = Poco seguro

3 = Moderadamente Seguro

4 = Seguro

5 = Completamente seguro

Instrucciones: Marque con una X la respuesta más adecuada a las siguientes preguntas.

Preguntas	1	2	3	4	5
1. Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) lo que sucede cuando una chica tiene su período					
2. Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) por qué una persona debe usar un condón cuando él o ella tiene relaciones sexuales					
3. Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) maneras de divertirse sin tener relaciones sexuales					
4. Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) por qué debería esperar hasta ser mayor para tener relaciones sexuales					
5. Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) que debe usar condones si decide tener relaciones sexuales					
6. Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) por qué se producen los sueños húmedos					
7. Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) cómo ponerse un condón					

Preguntas	1	2	3	4	5
8. Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) cómo usar las píldoras anticonceptivas					
9. Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) cómo las píldoras anticonceptivas previenen el embarazo en las mujeres					
10. Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) lo que pienso acerca de jóvenes adolescentes teniendo sexo					
11. Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) cómo decirle a una persona que no cuando no quiere tener relaciones sexuales					
12. Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) cómo hacer esperar a su pareja hasta que él/ella esté listo para tener relaciones sexuales					
13. Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) cómo alguien puede contraer el Virus del Papiloma Humano si no usa condón					
14. Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) dónde comprar o conseguir condones					
15. Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) dónde comprar o conseguir píldoras anticonceptivas					
16. Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) cómo saber si un chico (a) en verdad lo ama					
17. Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) cómo resistir la presión de un grupo para tener sexo					

Apéndice J

Rol de los padres para la prevención del Virus del Papiloma Humano en adolescentes (Versión padres)

(Stattin & Kerr, 2000; Hutchinson, 2007)

Las siguientes preguntas están relacionadas con el monitoreo que tiene usted de algunas actividades de su hijo adolescente, así como la comunicación de padres a hijo adolescente sobre algunos temas de sexualidad. Exprese su opinión respondiendo honestamente, para ello utilice las siguientes opciones de respuesta:

1 = Nunca

2 = Rara vez

3 = Algunas veces

4 = Frecuentemente

5 = Muy frecuentemente

Instrucciones: Marque con una X la respuesta más adecuada para cada pregunta.

Preguntas	1	2	3	4	5
1. Sé dónde está mi hijo (a) después que sale de la escuela					
2. Si mi hijo (a) va a llegar tarde a casa, espero a que llame.					
3. Antes de que mi hijo (a) salga me dice con quién va a estar.					
4. Cuando mi hijo (a) sale en la noche, se dónde está.					
5. Mi hijo (a) platica conmigo sobre los planes que tiene con sus amigos.					
6. Cuando mi hijo (a) sale, le pregunto a dónde va.					

Opciones de respuesta

1 = Nada

2 = Poco

3 = Algo

4 = No mucho

5 = Mucho

Instrucciones: Marque con una X la respuesta más adecuada para cada pregunta.

Preguntas	1	2	3	4	5
7. Cuánta información ha compartido con su hijo (a) sobre cómo prevenir el embarazo					
8. ¿Cuánta información ha compartido con su hijo (a) sobre Infecciones de Transmisión Sexual?					
9. ¿Cuánta información ha compartido con su hijo (a) acerca del Virus del Papiloma Humano?					
10. ¿Qué tanta información ha compartido con su hijo (a) sobre las formas de protegerse para no contagiarse con Infecciones de Transmisión Sexual o Virus del Papiloma Humano?					
11. ¿Qué tanta información específica sobre el condón ha compartido con su hijo (a)?					
12. ¿Qué tanta información ha compartido con su hijo (a) sobre la necesidad de esperar hasta que sea mayor para tener relaciones sexuales o sobre abstenerse de tenerlas?					
13. ¿Qué tanta información ha compartido con su hijo (a) sobre la presión que ejercen los amigos y la/el “novia(o)” en el aspecto sexual?					

Preguntas	1	2	3	4	5
14. ¿Qué tanta información ha compartido con su hijo (a) sobre cómo resistir la presión de sus compañeros y de las/los “amigas(os)” con los que sale?					

Apéndice K

Rol de los padres para la prevención del Virus del Papiloma Humano en adolescentes (Versión adolescente)

(Stattin & Kerr, 2000; Hutchinson, 2007)

Las siguientes preguntas están relacionadas con el monitoreo que tienen sus padres de algunas actividades que realiza, así como la comunicación sexual que tienen con usted sobre algunos temas de sexualidad. Exprese su opinión respondiendo honestamente, para ello utilice las siguientes opciones de respuesta:

1 = Nunca

2 = Rara vez

3 = Algunas veces

4 = Frecuentemente

5 = Muy frecuentemente

Instrucciones: Marque con una X la respuesta más adecuada para cada pregunta.

Preguntas	1	2	3	4	5
1. Mi padre sabe dónde estoy después que salgo de la escuela					
2. Mi madre sabe dónde estoy después que salgo de la escuela					
3. Si voy a llegar tarde a casa, se espera que llame a mi padre					
4. Si voy a llegar tarde a casa, se espera que llame a mi madre					
5. Antes de salir le digo a mi padre con quién voy a estar					
6. Antes de salir le digo a mi madre con quién voy a estar					
7. Cuando salgo en la noche, mi padre sabe dónde estoy					
8. Cuando salgo en la noche, mi madre sabe dónde estoy					
9. Platico con mi padre sobre los planes que tengo con mis amigos					

Preguntas	1	2	3	4	5
10. Platico con mi madre sobre los planes que tengo con mis amigos					
11. Cuando salgo, mi padre me pregunta(n) a dónde voy					
12. Cuando salgo, mi madre me pregunta(n) a dónde voy					

Opciones de respuesta

1 = Nada

2 = Poco

3 = Algo

4 = No mucho

5 = Mucho

Instrucciones: Marque con una X la respuesta más adecuada para cada pregunta.

Preguntas	1	2	3	4	5
13. ¿Cuánta información ha compartido tu padre contigo sobre cómo prevenir el embarazo?					
14. ¿Cuánta información ha compartido tu madre contigo sobre cómo prevenir el embarazo?					
15. ¿Cuánta información ha compartido tu padre contigo sobre Infecciones de Transmisión Sexual?					
16. ¿Cuánta información ha compartido tu madre contigo sobre Infecciones de Transmisión Sexual?					
17. ¿Cuánta información ha compartido tu padre contigo acerca del Virus del Papiloma Humano?					
18. ¿Cuánta información ha compartido tu madre contigo acerca del Virus del Papiloma Humano?					

Preguntas	1	2	3	4	5
19. ¿Qué tanta información ha compartido tu padre contigo sobre las formas de protección para no contagiarse con Infecciones de Transmisión Sexual o Virus del Papiloma Humano?					
20. ¿Qué tanta información ha compartido tu madre contigo sobre las formas de protección para no contagiarse con Infecciones de Transmisión Sexual o Virus del Papiloma Humano?					
21. ¿Qué tanta información específica sobre el condón ha compartido tu padre contigo?					
22. ¿Qué tanta información específica sobre el condón ha compartido tu madre contigo?					
23. ¿Qué tanta información ha compartido tus padre contigo sobre la necesidad de esperar hasta que seas mayor para tener relaciones sexuales o sobre abstenerse de tenerlas?					
24. ¿Qué tanta información ha compartido tu madre contigo sobre la necesidad de esperar hasta que seas mayor para tener relaciones sexuales o sobre abstenerse de tenerlas?					
25. ¿Qué tanta información ha compartido tu padre contigo sobre la presión que ejercen los amigos y la/el “novia (o)” en el aspecto sexual?					
26. ¿Qué tanta información ha compartido tu madre contigo sobre la presión que ejercen los amigos y la/el “novia (o)” aspecto sexual?					
27. ¿Qué tanta información ha compartido tu padre contigo sobre cómo resistir la presión de tus compañeros y de las/los “amigas (os)” con los que sales?					

Preguntas	1	2	3	4	5
28. ¿Qué tanta información ha compartido tu madre contigo sobre cómo resistir la presión de tus compañeros y de las/los “amigas (os)” con los que sales?					



Apéndice L

Consentimiento Informado de Padres



Título: Rol de los padres para la prevención del Virus del Papiloma Humano en adolescentes

Propósito: la MCE. Sandra Paloma Esparza Dávila ha pedido mi participación y la de mi hijo (a) en un estudio de investigación el cual es un requisito para obtener su grado de Doctor en Ciencias de Enfermería. Ella está interesada en conocer los factores que pueden inhibir o facilitar un rol protector en los padres para la prevención de Virus del Papiloma Humano en hijos (as) adolescentes. Me ha explicado que la participación de mi hijo(a) y la mía consiste en contestar unas preguntas en relación a este tema. Entiendo que yo y mi hijo (a) daremos algunos datos personales.

Criterios de selección: mi hijo (a) y yo hemos sido seleccionados para participar en este estudio de investigación porque soy padre o madre de un estudiante de tercer año de una secundaria pública del área metropolitana, además mi hijo (a) vive conmigo, no está casado, no vive en unión libre, no tiene hijos y no está embarazado (a). En caso de tener gemelos, cuates o dos o más hijos (as) cursando el tercer año de secundaria, se elegirá al azar solo uno para participar. Entiendo que todos los padres de familia y compañeros de clase de mi hijo (a) tuvieron la misma oportunidad de ser elegidos.

Procedimiento del estudio: si acepto que mi hijo (a) y yo participemos en este estudio se me pedirá que haga lo siguiente: que mi hijo lea y conteste un cuestionario en donde las respuestas sean honestas, a mí se me pedirá leer y contestar ocho cuestionarios con respuestas honestas. El llenado de los cuestionarios será a lápiz, el tiempo de cada cuestionario es de 5 a 10 minutos aproximadamente.

Confidencialidad: entiendo que el cuestionario tiene preguntas acerca de las funciones que tengo como padre y madre, así como aspectos relacionados a la sexualidad y al VPH; todas las respuestas serán privadas y anónimas. A nadie se le informará la situación en la cual nos encontramos mi hijo (a) y yo en relación a este tema. Nuestros nombres no estarán en los cuestionarios, en este caso se pondrá un código. Los datos se guardarán por seis meses en un espacio seguro que estará disponible solo para el investigador. Una vez pasado el tiempo establecido los datos de los cuestionarios serán destruidos.

Riesgos: la investigación no tiene riesgos. Puede ser que mi hijo (a) o yo estemos incómodos con algunas preguntas relacionadas con temas de sexualidad. En caso de que esto ocurra, mi hijo (a) y yo podremos dejar de contestar y continuar más tarde o dejar de participar sin que esto afecte su situación académica. Se le proporcionará un teléfono para que usted externe el problema y le sea solucionado.

Beneficios: en este estudio no se obtendrán beneficios personales, sin embargo los resultados del presente estudio servirán para entender el rol que los padres efectúan para la prevención del VPH. Además se me ha notificado que mi hijo (a) y yo no recibiremos remuneración económica.

Preguntas: entiendo que si tengo dudas adicionales acerca de este estudio de investigación, mi hijo (a) y yo tenemos derecho de llamar a la Secretaría de Investigación al teléfono 83 48 89 43.

Renuncia o retiro: Se me explico que nuestra participación en este estudio es voluntaria y que si decidimos retirarnos, mi hijo (a) no tendrá ninguna sanción ni repercusión en la secundaria que cursa.

Conclusión: Por medio de este documento que he leído y entendido por completo en el que se me dio la oportunidad para hacer preguntas y he recibido respuestas que son satisfactorias, estoy de acuerdo en que mi hijo (a) y yo participemos en este estudio de investigación. Una vez que firme, entiendo que una copia de este documento será guardada junto al archivo del estudio de investigación.

Consentimiento para participar en el estudio de investigación: la MCE. Sandra Paloma Esparza Dávila me ha explicado y dado a conocer en qué consiste el estudio y beneficios de nuestra participación, así como que mi hijo (a) y yo podemos optar libremente y sin repercusiones dejar de participar en cualquier momento que lo deseemos.

Número telefónico:

Teléfono para emergencia:

Nombre padre o madre:

Nombre de mi hijo (a):

Dirección, calle y número:

Colonia:

Cuidad y Estado:

Nombre y Firma del Investigador:

Nombre y Firma del padre/madre:

Nombre y firma testigo 1

Nombre y firma testigo 2



Apéndice M

Asentimiento informado



Título: Rol de los padres para la prevención del Virus del Papiloma Humano en adolescentes

Propósito: la MCE. Sandra Paloma Esparza Dávila ha pedido mi participación en un estudio de investigación el cual es un requisito para obtener su grado de Doctor en Ciencias de Enfermería. Ella está interesada en conocer los factores que pueden inhibir o facilitar un rol protector en los padres para la prevención de Virus del Papiloma Humano en hijos (as) adolescentes. Me ha explicado que mi participación consiste en contestar unas preguntas en relación a este tema. Entiendo que yo daré algunos datos personales.

Criterios de selección: yo he sido seleccionado (a) para participar en este estudio de investigación porque soy un estudiante de tercer año de una secundaria pública del área metropolitana. Entiendo que todos los compañeros de mi clase tuvieron la misma oportunidad de ser elegidos.

Procedimiento del estudio: si acepto participar en este estudio se me pedirá que haga lo siguiente: que lea y conteste un cuestionario en donde las respuestas sean honestas; el llenado del cuestionario será a lápiz, el tiempo de llenado será de 10 minutos aproximadamente.

Confidencialidad: entiendo que el cuestionario tiene preguntas acerca de las funciones de mis padres con sus hijos, así como aspectos relacionados a la sexualidad. Entiendo que todas las respuestas serán privadas y anónimas. Mi nombre no estará en el cuestionario, en este caso se pondrá un código. Los datos se guardarán por seis meses en un espacio seguro que estará disponible solo para el investigador. Una vez pasado el tiempo establecido los datos del cuestionario serán destruidos.

Riesgos: la investigación no tiene riesgos. Puede ser que yo este incómodo con algunas preguntas relacionadas con temas de sexualidad. En caso de que esto ocurra, yo podré dejar de contestar y continuar más tarde o dejar de participar sin que esto afecte mi situación académica. Se me proporcionará un teléfono para que yo externe el problema y me sea solucionado.

Beneficios: en este estudio no se obtendrán beneficios personales, sin embargo los resultados del presente estudio servirán para entender de qué manera los padres llevan a cabo un monitoreo con sus hijos (as) adolescentes para la prevención del VPH. Además se me ha notificado que yo no recibiré remuneración económica.

Preguntas: entiendo que si tengo dudas adicionales acerca de este estudio de investigación, yo tengo derecho a llamar a la Secretaría de Investigación al teléfono 83 48 89 43.

Renuncia o retiro: Se me explico que mi participación en este estudio es voluntaria y que si decidido retirarme, no tendré ninguna sanción ni repercusión en la secundaria que curso.

Conclusión: por medio de este documento que he leído y entendido por completo en el que se me dio la oportunidad para hacer preguntas y he recibido respuestas que son satisfactorias, estoy de acuerdo participar en este estudio de

investigación. Una vez que firme, entiendo que una copia de este documento será guardada junto al archivo del estudio de investigación.

Consentimiento para participar en el estudio de investigación: la MCE. Sandra Paloma Esparza Dávila me ha explicado y dado a conocer en qué consiste el estudio y beneficios de mi participación, así como que yo puedo optar libremente y sin repercusiones dejar de participar en cualquier momento que lo desee.

Nombre

Firma

Apéndice N

Conocimiento de los padres acerca del Virus del Papiloma Humano de acuerdo al sexo de los padres

	Correcto		Incorrecto		Correcto		Incorrecto	
	Padre				Madre			
Reactivos	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
El Virus del Papiloma Humano es el virus que causa el herpes	131	45.0	160	55.0	116	39.9	175	60.1
Las verrugas genitales son causadas por el Virus del Papiloma Humano	166	57.0	125	43.0	190	65.3	101	34.7
El Virus del Papiloma Humano es el virus que puede causar cáncer de cuello uterino	211	72.5	80	27.5	234	80.4	57	19.6
La mejor manera de prevenir las complicaciones causadas por el Virus del Papiloma Humano es tener pruebas regulares de Papanicolaou	22	7.6	269	92.4	18	6.2	273	93.8
Si la prueba de Papanicolaou de una mujer es normal, ella no tiene el Virus del Papiloma Humano	48	16.5	243	83.5	44	15.1	247	84.9
Los cambios en una prueba de Papanicolaou pueden indicar que una mujer tiene el Virus del Papiloma Humano	252	86.6	39	13.4	263	90.4	28	9.6
Las verrugas genitales son causadas por el virus del herpes	195	67.0	96	33.0	192	66.0	99	34.0
El Virus del Papiloma Humano puede causar cáncer oral (boca y labios) y orofaríngeo (orofaringe)	95	32.6	196	67.4	114	39.2	177	60.8
Las pruebas de Papanicolaou casi siempre detectan el Virus del Papiloma Humano	34	11.7	257	88.3	27	9.3	264	90.7

Nota: *n* = 582.

(continúa)

*Conocimiento del Virus del Papiloma Humano de acuerdo al sexo de los padres
(continuación)*

	Correcto		Incorrecto		Correcto		Incorrecto	
	Padre				Madre			
Reactivos	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Los síntomas de Virus del Papiloma Humano son crecimientos verrugos	130	44.7	161	55.3	144	49.5	147	50.5
Si no se trata, el Virus del Papiloma Humano puede causar pre-cáncer o displasia cervical	164	56.4	127	43.6	163	56.0	128	44.0
El sexo antes de los 16 años así como el sexo oral-genital, aumentan el riesgo de contraer Virus del Papiloma Humano	131	45.0	160	55.0	175	60.1	116	39.9
Las múltiples parejas sexuales aumenta el riesgo de contraer Virus del Papiloma Humano	233	80.1	58	19.9	244	83.8	47	16.2
Que su pareja tenga muchas parejas sexuales aumenta el riesgo de contraer Virus del Papiloma Humano	236	81.1	55	18.9	259	89.0	32	11.0
Una prueba negativa para Virus del Papiloma Humano significa que usted ni tiene VPH	166	57.0	125	43.0	182	62.5	109	37.5
Existe una vacuna para prevenir infecciones de Virus del Papiloma Humano	204	70.1	87	29.9	233	80.1	58	19.9
La mayoría de las personas que tienen Virus del Papiloma Humano no presentan signos ni síntomas	95	32.6	196	67.4	112	38.5	179	61.5
Tener un tipo de Virus del Papiloma Humano significa que usted no puede adquirir nuevos tipos de virus	142	48.8	149	51.2	150	51.5	141	48.5
Yo puedo transmitir el Virus del Papiloma Humano a mi(s) pareja(s) aun si no tengo síntomas de Virus del Papiloma Humano	179	61.5	112	38.5	175	60.1	116	39.9

Nota: n = 582.

Apéndice Ñ

Riesgo percibido de los padres para contraer VPH de acuerdo al sexo de los padres

Reactivos	Padre			Madre		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Si mi hijo (a) está vacunado contra el VPH no está en riesgo de contraerlo	3.34	3	1.20	3.41	4	1.16
Puesto que mi hijo (a) es estudiante, es una población altamente en riesgo para contraer el VPH	3.13	4	1.28	3.16	3	1.25
Si mi hijo (a) se involucra en relaciones sexuales sin protección está en riesgo de contraer el VPH	4.20	4	1.06	4.20	4	1.01
Si mi hijo (a) no está vacunado, está en riesgo de contraer el VPH	3.93	4	1.14	4.02	4	1.05
Si mi hijo (a) se involucra relaciones sexuales protegidas no está en riesgo de contraer el VPH	3.15	3	1.27	3.45	4	1.18
Si mi hijo (a) no utiliza condón en una relación sexual no se protege contra el VPH	3.90	4	1.13	3.79	4	1.12

Nota: $n = 582$, *M* = Media; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación estándar;
 1 = Muy en desacuerdo; 2 = En desacuerdo; 3 = Neutral; 4 = De acuerdo;
 5 = Muy de acuerdo.

Apéndice O

Actitud de los padres hacia la prevención del Virus del Papiloma Humano de acuerdo al sexo de los padres

Reactivos	Padre			Madre		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Me da mucha vergüenza hablar con mi hijo(a) acerca de sexo	2.12	2	1.14	2.13	2	1.30
Mi hijo (a) es demasiado joven para hablarle sobre sexo	1.94	2	1.15	1.89	2	1.12
Parecería que estoy animando a mi hijo (a) para que tenga relaciones sexuales, si le hablo de sexo	1.81	2	.99	1.76	2	1.02
Mi hijo(a) ya tiene suficiente conocimiento sobre sexualidad y no necesito hablar con él/ella sobre sexo	2.03	2	1.11	1.94	2	1.06
En mi familia no se habla de sexo	2.07	2	1.06	2.13	2	1.19
Es más probable que mi hija no quede embarazada o que mi hijo no embarace a alguien, si hablo con mi hijo (a) para que no tenga relaciones sexuales	3.30	4	1.47	3.37	4	1.39
Mi hijo(a) no me escucharía, si hablo con él/ella para que se abstenga de tener relaciones sexuales	1.96	2	.99	2.18	2	1.15
Me sentiré avergonzado(a), si hablo con mi hijo (a) para que se abstenga de tener relaciones sexuales	1.94	2	1.10	1.90	2	1.06
Mi hijo (a) no me respetará, si hablo con él/ella para que se abstenga de tener relaciones sexuales	1.75	2	.94	1.88	2	1.03
Es menos probable que mi hijo (a) se contagie del VPH o alguna otra ITS, si hablo con él/ella para que se abstenga de tener relaciones sexuales	3.43	4	1.33	3.62	4	1.33
Es menos probable que mi hijo embarace a alguien o que mi hija se embarace, si hablo con él/ella sobre métodos anticonceptivos y/o los condones	3.93	4	1.01	4.05	4	1.11
Me sentiré más unido(a) a mi hijo (a), si hablo con él/ella sobre métodos anticonceptivos y/o condones	3.94	4	.97	4.05	4	1.00

Nota: *n* = 582, *M* = Media; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación estándar;

1 = Completamente en desacuerdo; 2 = Desacuerdo; 3 = Ni en desacuerdo ni en acuerdo; 4 = De acuerdo; 5 = Completamente en acuerdo.

(continúa)

Actitud hacia la prevención del Virus del Papiloma Humano de acuerdo al sexo de los padres (continuación)

Reactivos	Padre			Madre		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Mi hijo (a) se sentirá más unido(a) a mí, si hablo con él/ella sobre métodos anticonceptivos, uso del condón, transmisión del VPH u otras ITS	3.85	4	1.11	4.02	4	1.07
Mi hijo (a) no me escucharía, si hablo con él (ella) sobre métodos anticonceptivos, uso del condón, transmisión del VPH u otras ITS	1.94	2	1.01	2.12	2	1.28
Me sentiré avergonzado(a), si hablo con mi hijo (a) sobre métodos anticonceptivos, uso del condón, transmisión del VPH u otras ITS	1.99	2	1.17	1.83	2	1.05
Mi hijo(a) no me respetará, si hablo con él (ella) sobre métodos anticonceptivos, uso del condón, transmisión del VPH u otras ITS	1.75	2	.91	1.78	2	.95
Es menos probable que mi hijo(a) se contagie del VPH u otra ITS, si hablo con él/ella sobre los mecanismos de transmisión, métodos anticonceptivos y uso del condón	3.81	4	1.07	3.75	4	1.27

Nota: *n* = 582, *M* = Media; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación estándar;

1 = Completamente en desacuerdo; 2 = Desacuerdo; 3 = Ni en desacuerdo ni en acuerdo; 4 = De acuerdo; 5 = Completamente en acuerdo.

Apéndice P

Ambiente familiar de acuerdo al sexo de los padres

Reactivos	Padre			Madre		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Los miembros de mi familia acostumbran hacer cosas juntos	4.41	5	.73	4.37	5	.79
Animo a mis hijos a expresar abiertamente sus puntos de vista	4.45	5	.62	4.36	4	.68
En mi familia, nadie se preocupa por los sentimientos de los demás	2.09	2	1.32	3.74	4	1.36
Mi familia es cálida y nos brindamos apoyo	4.52	5	.69	4.44	5	.74
En nuestra familia es importante para todos expresar nuestras opiniones	4.48	5	.69	4.37	5	.78
La atmósfera de mi familia usualmente es desagradable	1.91	2	1.12	4.01	4	1.12
Nuestra familia acostumbra hacer actividades en conjunto	4.17	4	.91	4.19	4	.87
Mi familia me escucha	4.51	5	.62	4.43	5	.68
Cuando tengo algún problema no se lo platico a mi familia	2.19	2	1.29	3.59	4	1.36
Los miembros de mi familia de verdad nos ayudamos y apoyamos unos a otros	4.47	5	.65	4.43	5	.68
En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño	4.46	5	.70	4.39	4	.78
Los conflictos en mi familia nunca se resuelven	1.74	1	.95	4.06	5	1.11

Nota: $n = 582$, *M* = Media; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación estándar; 1 = Totalmente en desacuerdo; 2 = En desacuerdo; 3 = Neutral; 4 = De acuerdo; 5 = Totalmente de acuerdo.

Apéndice Q

Machismo de acuerdo al sexo de los padres

Reactivos	Padre			Madre		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Que opina acerca de los siguientes aspectos:						
Que solamente el hombre tenga sexo antes del matrimonio	1.77	1	.98	1.70	1	.91
Que un hombre tenga hijos fuera del matrimonio	1.53	1	.77	1.62	1	.86
Que solamente el hombre tenga experiencia sexual	1.65	1	.84	1.60	1	.74
Que un hombre tenga su primera relación sexual con una persona que no es su pareja	1.78	1	1.13	1.62	1	.86
Que un hombre casado o con pareja estable tenga relaciones sexuales con prostitutas	1.36	1	.65	1.34	1	.65
Una mujer debe aceptar las infidelidades de su pareja	1.38	1	.54	1.25	1	.55
El hombre necesita tener varias parejas sexuales	1.25	1	.49	1.26	1	.53
Sin importar la situación o el estado de ánimo, la mujer debe tener relaciones sexuales cuando su pareja quiera tenerlas	1.42	1	.73	1.38	1	.74
Que un hombre tenga varias parejas sexuales al mismo tiempo	1.31	1	.56	1.28	1	.56
Que sea la mujer quien se encargue de cuidarse para la relación sexual	1.50	1	.83	1.59	1	.95
El hombre debe iniciar su vida sexual en la adolescencia	1.57	1	.77	1.60	1	.81
El hombre debe hacer que su hijo hombre inicie su vida sexual	1.43	1	.69	1.38	1	.69

Nota: *n* = 582, *M* = Media; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación estándar;
 1 = Totalmente en desacuerdo; 2 = En desacuerdo; 3 = Sin opinión; 4 = De acuerdo;
 5 = Totalmente de acuerdo.

Apéndice R
Marinismo de acuerdo al sexo de los padres

Reactivos	Padre			Madre		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Enseño a mis hijos (as) a ser leales a la familia	3.46	4	.63	3.46	4	.64
Hago cosas que hacen feliz a mi familia	3.38	3	.66	3.41	3	.57
Soy fuente de fortaleza para mi familia	3.41	3	.67	3.41	3	.62
Soy la principal fuente de fortaleza para mi familia	3.09	3	.81	3.14	3	.76
Debo mantener a mi familia unida	3.53	4	.55	3.49	4	.59
Se debe permanecer virgen hasta el matrimonio	3.00	3	.79	3.02	3	.86
Se debe esperar hasta después de casarse para tener hijos (as)	3.31	3	.70	3.25	3	.78
Se debe ser puro	2.98	3	.77	2.97	3	.78
Se deben adoptar los valores enseñados por la religión	3.05	3	.79	3.00	3	.79
Se deben satisfacer las necesidades sexuales de la pareja sin argumento	2.16	2	.90	2.11	2	.84
No hablo en contra de los hombres	2.57	3	.91	2.41	2	.88
Respeto las opiniones de los hombres, incluso cuando no esté de acuerdo	2.63	3	.87	2.49	3	.86
Evito decir "no" a la gente	2.27	2	.84	2.23	2	.81
Hago cualquier cosa que un varón en la familia me pide que haga	1.82	2	.77	1.83	2	.76
No hablo sobre control de la natalidad	1.99	2	.79	2.11	2	.80
No expreso mis necesidades a mi pareja	2.04	2	.90	2.04	2	.90

Nota: *n* = 582, *M* = Media; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación estándar;
1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = De acuerdo,
4 = Totalmente de acuerdo.

(continúa)

Marianismo de acuerdo al sexo de los padres (continuación)

Reactivos	Padre			Madre		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Me siento culpable por decirle a la gente lo que necesito	1.92	2	.81	1.93	2	.81
No hablo de sexo	1.96	2	.84	2.01	2	.85
Soy indulgente “complaciente” en todos los aspectos	2.22	2	.89	2.10	2	.81
Siempre soy agradable a las decisiones de los hombres	2.09	2	.84	1.85	2	.81
Soy el líder espiritual de la familia	2.57	3	.86	2.55	3	.83
Debo mantener a la familia unida	3.44	3	.65	3.35	3	.61
Soy el encargado de fomentar en mi familia el apego religioso	2.80	3	.89	2.94	3	.79

Nota: $n = 582$, *M* = Media; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación estándar;

1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = De acuerdo,

4 = Totalmente de acuerdo.

Apéndice S

Autoeficacia de los padres para la comunicación sexual con adolescentes de acuerdo al sexo de los padres

Reactivos	Padre			Madre		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) lo que sucede cuando una chica tiene su período	3.56	4	1.25	4.02	4	1.00
Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) por qué una persona debe usar un condón cuando él o ella tiene relaciones sexuales	4.07	4	.99	4.02	4	1.11
Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) maneras de divertirse sin tener relaciones sexuales	4.25	4	.93	4.05	4	1.13
Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) por qué debería esperar hasta ser mayor para tener relaciones sexuales	4.26	4	.87	4.30	4	.88
Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) que debe usar condones si decide tener relaciones sexuales	4.05	4	1.04	4.15	4	1.00
Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) por qué se producen los sueños húmedos	3.47	4	1.24	3.34	4	1.34
Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) cómo ponerse un condón	3.49	4	1.24	3.28	4	1.43
Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) cómo usar las píldoras anticonceptivas	3.44	4	1.27	3.47	4	1.39
Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) cómo las píldoras anticonceptivas previenen el embarazo en las mujeres	3.71	4	1.20	3.73	4	1.26
Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) lo que pienso acerca de jóvenes adolescentes teniendo sexo	3.86	4	1.14	3.97	4	1.19

Nota: $n = 582$, M = Media; Mdn = Mediana; DE = Desviación estándar; 1 = No estoy totalmente seguro; 2 = Poco seguro; 3 = Moderadamente seguro; 4 = Seguro; 5 = Completamente seguro.

(continúa)

*Autoeficacia de acuerdo al sexo de los padres para hablar con sus hijos acerca de sexo
(continuación)*

Reactivos	Padre			Madre		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) cómo decirle a una persona que no cuando no quiere tener relaciones sexuales	4.03	4	1.10	4.15	4	1.04
Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) cómo hacer esperar a su pareja hasta que él/ella esté listo para tener relaciones sexuales	4.08	4	1.03	4.06	4	1.11
Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) cómo alguien puede contraer el Virus del Papiloma Humano si no usa condón	3.91	4	1.11	4.02	4	1.10
Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) dónde comprar o conseguir condones	3.78	4	1.22	3.84	4	1.24
Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) dónde comprar o conseguir píldoras anticonceptivas	3.67	4	1.24	3.77	4	1.30
Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) cómo saber si un chico (a) en verdad lo ama	3.78	4	1.19	3.90	4	1.18
Siempre puedo explicarle a mi hijo (a) cómo resistir la presión de un grupo para tener sexo	4.05	4	1.00	3.97	4	1.17

Nota: $n = 582$, M = Media; Mdn = Mediana; DE = Desviación estándar; 1 = No estoy totalmente seguro; 2 = Poco seguro; 3 = Moderadamente seguro; 4 = Seguro; 5 = Completamente seguro.

Apéndice T

Monitoreo parental de acuerdo al sexo de los padres

Reactivos	Padre			Madre		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Sé dónde está mi hijo (a)	4.69	5	.56	4.57	5	.77
después que sale de la escuela						
Si mi hijo (a) va a llegar tarde a casa, espero a que llame	3.72	4	1.48	3.70	4	1.52
Antes de que mi hijo (a) salga me dice con quién va a estar	4.64	5	.71	4.52	5	.86
Cuando mi hijo (a) sale en la noche, se dónde está	4.40	5	1.15	4.45	5	1.02
Mi hijo (a) platica conmigo sobre los planes que tiene con sus amigos	4.45	5	.79	4.42	5	.91
Cuando mi hijo (a) sale, le pregunto a dónde va	4.77	5	.50	4.76	5	.55

Nota: $n = 582$, M = Media; Mdn = Mediana; DE = Desviación estándar; 1 = Nunca, 2 = Rara vez; 3 = Algunas veces; 4 = Frecuentemente; 5 = Muy frecuentemente.

Apéndice U

Comunicación sexual de acuerdo al sexo de los padres

Reactivos	Padre			Madre		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
¿Cuánta información ha compartido con su hijo (a) sobre cómo prevenir el embarazo?	3.65	4	1.34	4.11	5	1.17
¿Cuánta información ha compartido con su hijo (a) sobre infecciones de transmisión sexual?	3.55	4	1.25	3.97	4	1.19
¿Cuánta información ha compartido con su hijo (a) acerca del Virus del Papiloma Humano?	3.10	3	1.40	3.54	4	1.33
¿Qué tanta información ha compartido con su hijo (a) sobre las formas de protegerse para no contagiarse con infecciones de transmisión sexual o Virus del Papiloma Humano?	3.32	4	1.43	3.76	4	1.31
¿Qué tanta información específica sobre el condón ha compartido con su hijo (a)?	3.02	3	1.40	3.58	4	1.33
¿Qué tanta información ha compartido con su hijo (a) sobre la necesidad de esperar hasta que sea mayor para tener relaciones sexuales o sobre abstenerse de tenerlas?	3.74	4	1.43	4.29	5	1.11
¿Qué tanta información ha compartido con su hijo (a) sobre la presión que ejercen los amigos y la/el “novia(o)” en el aspecto sexual?	3.53	4	1.54	4.08	5	1.25
¿Qué tanta información ha compartido con su hijo (a) sobre cómo resistir la presión de sus compañeros y de las/los “amigas(os)” con los que sale?	3.72	4	1.35	4.16	5	1.19

Nota: $n = 582$, M = Media; Mdn = Mediana; DE = Desviación estándar; 1 = Nada; 2 = Poco; 3 = Algo; 4 = No mucho; 5 = Mucho.

Apéndice V

Monitoreo parental percibido por el adolescente de acuerdo al sexo de los padres

Reactivos	Padre			Madre		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Mis padres saben dónde estoy después que salgo de la escuela	4.14	5	1.26	4.55	5	.83
Si voy a llegar tarde a casa, se espera que llame a mis padres	3.42	4	1.47	3.90	4	1.28
Antes de salir le digo a mis padres con quién voy a estar	4.07	5	1.31	4.46	5	.94
Cuando salgo en la noche, mis padres sabe dónde estoy	4.08	5	1.34	4.46	5	.94
Platico con mis padres sobre los planes que tengo con mis amigos	3.54	4	1.41	4.15	5	1.01
Cuando salgo, mis padres me pregunta(n) a dónde voy	4.25	5	1.24	4.66	5	.72

Nota: $n = 291$, M = Media; Mdn = Mediana; DE = Desviación estándar; 1 = Nunca, 2 = Rara vez; 3 = Algunas veces; 4 = Frecuentemente; 5 = Muy frecuentemente.

Apéndice W

Comunicación sexual percibida por el adolescente de acuerdo al sexo de los padres

Reactivos	Padre			Madre		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
¿Cuánta información han compartido tus padres contigo sobre cómo prevenir el embarazo?	3.07	3	1.53	3.82	4	1.31
¿Cuánta información han compartido tus padres contigo sobre infecciones de transmisión sexual?	2.68	3	1.49	3.42	4	1.46
¿Cuánta información han compartido tus padres contigo sobre infecciones de transmisión sexual?	2.68	3	1.45	3.21	3	1.42
¿Qué tanta información han compartido tus padres contigo sobre las formas de protección para no contagiarse con infecciones de transmisión sexual o Virus del Papiloma Humano?	2.86	3	1.53	3.38	4	1.45
¿Qué tanta información específica sobre el condón han compartido tus padres contigo?	2.70	2	1.51	3.27	3	1.47
¿Qué tanta información han compartido tus padres contigo sobre la necesidad de esperar hasta que seas mayor para tener relaciones sexuales o sobre abstenerse de tenerlas?	3.39	4	1.55	3.86	4	1.38
¿Qué tanta información han compartido tus padres contigo sobre la presión que ejercen los amigos y la/el “novia(o)” en el aspecto sexual?	3.19	3	1.56	3.64	4	1.41
¿Qué tanta información han compartido tus padres contigo sobre cómo resistir la presión de tus compañeros y de las/los “amigas(os)” con los que sales?	3.41	4	1.51	3.81	4	1.36

Nota: $n = 291$, *M* = Media; *Mdn* = Mediana; *DE* = Desviación estándar; 1 = Nada; 2 = Poco; 3 = Algo; 4 = No mucho; 5 = Mucho.

Resumen Autobiográfico

Sandra Paloma Esparza Dávila

Candidato para obtener el Grado de Doctor en Ciencias de Enfermería

Tesis: ROL DE LOS PADRES PARA LA PREVENCIÓN DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN ADOLESCENTES

Biografía: Nacida en Monterrey, Nuevo León, México, el 22 de enero de 1989; hija del Sr. Juan Antonio Esparza Almanza y Sra. Geronima Dávila Lucio.

Educación: Egresada de la Licenciatura en Enfermería en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León en el año 2012, Maestría en Ciencias de Enfermería por la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Experiencia Profesional: Maestra de Práctica Clínica de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (2014-2017). Preparación Docente en Programa llamado “Nuevas Fronteras”, realizado University of Texas Health Science Center at San Antonio School of Nursing (2014-2016). Facilitadora de un Programa de Sexualidad en Jóvenes llamado “Conéctate” en el año 2013.

Asociaciones y membresías: Miembro activo de Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing (2017).

Distinciones: Acreedora a reconocimiento TALENTOS, Mérito Académico de la Universidad Autónoma de Nuevo León, segundo lugar en el Concurso Estatal de Investigación en Salud 2014. Finalista de Concurso de desarrollo de aplicaciones móviles, en Nuevo León con el proyecto “Conéctate”, Programa de Sexualidad Responsable en Jóvenes. Líder en elaboración de Protocolo de Investigación en Centro de Salud Encinas, “Prevención de VIH/Sida en mujeres con vida sexual activa”, el cual se lleva a cabo en Centros de Salud de la Jurisdicción #2.

Email: mce.esparzasp@outlook.com